25 295 Infectieziektenbestrijding

Nr. 1032 Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 8 maart 2021

We bevinden ons aan het begin van de derde golf in deze coronacrisis. De besmettingscijfers lopen in bijna alle leeftijdsgroepen op en schetsen een zorgelijk beeld. De druk op de zorg is onverminderd hoog. Het reproductiegetal (de R) ligt rond de 1 (R= 0,98, ijkdatum 22 februari). De RIVM modellen geven aan dat het aantal besmettingen waarschijnlijk gaat toenemen. Hoewel het percentage positieve testen is gedaald van 9,6% naar 8,5%, blijft het percentage te hoog.

Tegelijkertijd zijn er ook lichtpuntjes waar te nemen. Zo daalt het aantal besmettingen en de sterfte onder ouderen en verpleeghuisbewoners en de bewoners van instellingen voor gehandicaptenzorg. De strategie om de kwetsbare groepen en degenen die voor hen zorgen als eerste te vaccineren, lijkt daarmee de eerste vruchten af te werpen. De strategie van verlagen en vertragen van de derde golf met een streng maatregelenpakket heeft ons tot de huidige situatie gebracht, met een flinke daling van het aantal besmettingen sinds kerst. Echter, de Britse variant, die rond de 65% van het aantal gevallen uitmaakt en besmettelijker is, zorgt ervoor dat we een stijgend aantal besmettingen kunnen verwachten.

De wens in de samenleving en het bedrijfsleven om te versoepelen is groot. We willen perspectief bieden. Tegelijkertijd is de huidige epidemiologische situatie zeer kwetsbaar en kampen we met een grillig verloop van de epidemie en steeds veranderende omstandigheden. Versoepelingen per 16 maart zijn daarom nog niet mogelijk. Daarbij is van belang dat we eerst zicht krijgen op de effecten van het maatregelenpakket dat 3 maart jl. is ingegaan. De versoepelingen van dat pakket zullen mogelijk een opwaarts effect hebben. Hierover hebben we over één à twee weken meer zekerheid.

Zodra de epidemiologische situatie het toelaat, willen we de (beperkte) ruimte die ontstaat eerlijk verdelen tussen sectoren. Dit willen we doen door voor eind maart behoedzame kleine stappen voor versoepeling voor te bereiden in een aantal specifieke sectoren. We moeten klaar staan voor versoepeling wanneer dat verantwoord is. Daarmee krijgen de samenleving en economie meer lucht.

Het naleven van de maatregelen blijft van groot belang. Ons gedrag is en blijft cruciaal om het virus onder de duim te krijgen. Goede naleving van de maatregelen

blijft een bepalende factor om (verdere) versoepelingen mogelijk te maken. Daarmee hebben we invloed op de stappen die hierna kunnen worden genomen. Met deze brief informeer ik uw Kamer, mede namens de minister van Justitie en Veiligheid, de minister van Infrastructuur en Waterstaat en de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap over het maatregenpakket dat gaat gelden vanaf 16 maart.

Toepassing artikel 58s Wpg
Met deze voortgangsrapportage voldoe ik aan de maandelijkse rapportageplicht van artikel 58s Wpg. Hieronder zal bij het OMT-advies met daarin het epidemiologisch beeld worden uiteengezet dat het treffen van maatregelen op grond van de Tijdelijke wet maatregelen COVID-19 nog steeds nodig is. Een toelichting op de maatregelen wordt verderop in deze brief weergeven.

Aanbieding regelingen

- Regeling van 8 maart 2021 houdende wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen COVID-19, de Tijdelijke regeling maatregelen COVID-19 Bonaire, de Tijdelijke regeling maatregelen COVID-19 Sint Eustatius en de Tijdelijke regeling maatregelen COVID-19 Saba in verband met verlenging van het maatregelenpakket, aanpassing van het maximale aantal aanwezigen in het kader van winkelen op afspraak, het openen van bepaalde locaties voor theorie-examens, het toestaan van zwemlessen voor twaalfjarigen, verruiming van het buitensporten voor volwassenen, aanpassing van de uitzonderingen op de verplichte antigeentestuitslag en enkele andere wijzigingen[1].
-

De overlegging geschiedt in het kader van de wettelijk voorgeschreven nahangprocedure (artikel 58c, tweede lid, van de Wet publieke gezondheid). Op grond van de aangehaalde bepaling treedt de regeling niet eerder in werking dan een week na deze overlegging. Indien de Tweede Kamer binnen die termijn besluit niet in te stemmen met deze regeling, vervalt deze van rechtswege. In verband met de tijdelijke werkingsduur van een aantal maatregelen uit het maatregelenpakket, is het van belang dat deze regeling uiterlijk 16 maart 2021 in werking treedt. Daarom is het van belang om deze regeling vandaag naar u toe te zenden.

- Regeling van 8 maart 2021 tot wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen COVID-19 in verband met verlenging van de voorwaarden voor fysiek onderwijs in reeds heropende onderwijsinstellingen en het verlengen van de verzwaarde maatregelen voor het hoger onderwijs en de

---
[1] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

buitenschoolse opvang[2].

Ik doe hierbij een beroep op de spoedprocedure van artikel 58c, derde lid, van de Wet publieke gezondheid. De huidige maatregelen voor instellingen voor voortgezet onderwijs, beroepsonderwijs en hoger onderwijs en de buitenschoolse opvang vervallen namelijk van rechtswege op 15 maart 2021. Instellingen voor beroepsonderwijs en hoger onderwijs en de buitenschoolse opvang zouden in dat geval van maandag 15 maart 2021 zonder aanvullende maatregelen weer open kunnen gaan, hetgeen niet mogelijk moet zijn. Naar ons oordeel kan daarom de uitgestelde inwerkingtreding van ten minste een week – die uitgangspunt dient te zijn bij de vaststelling van maatregelen op basis van hoofdstuk Va Wpg – in deze zeer dringende omstandigheden niet worden afgewacht.

Leeswijzer
In deze brief ga ik in op:

- Het 102[e] en 103[e] OMT advies, en de reactie van het kabinet daarop en het sociaal-maatschappelijk en economisch advies van het SCP (paragrafen 1 en 2).
- De voorwaarden waaronder versoepelingen vanaf april mogelijk zouden zijn worden beschreven, waarna de maatregelen, die zullen gelden vanaf 16 maart, aan bod komen (paragrafen 3 en 4).
- De routekaart en de uitwerking van de motie Dijkhoff en de uitwerking van scenario's in lijn met de motie Segers (paragrafen 5 en 6).
- Daarna wordt de stand van zaken van vaccinaties (paragraaf 7), testen (paragraaf 8) en quarantaine (paragraaf 9) geschetst.
- Tenslotte ga ik kort in op 'dossier C-support, Eerste indrukken COVID-19 patiënten met langdurige klachten' van de stichting C-support (paragraaf 10) en de Catshuisstukken (paragraaf 11).
-

Hiermee voldoe ik aan:

- De motie van de leden Sazias en Jetten over het begrijpelijker en toegankelijker maken van de informatie over de volgorde waarin groepen gevaccineerd worden (Kamerstuk 25 295, nr. 1016).
- De motie van het lid Dijkhoff (Kamerstuk 25 295, nr. 952) om in samenspraak met sectoren eerlijk de ruimte voor versoepeling van maatregelen te verdelen.
- De toezegging aan uw Kamer om terug te komen op de vraag wat we weten over de patiënten met langdurige klachten na COVID-19.

---

[2] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

- De toezegging aan het lid Segers om in de brief van 8 maart terug te komen met integrale scenario's en zich zo voor te bereiden op het vervolg van de crisis.

1. **OMT-advies incl. epidemiologisch beeld**

102e OMT-advies
Het OMT is 26 februari jl. bijeen geweest om te adviseren over de situatie rondom de COVID-19-uitbraak. Het advies is opgenomen in de bijlage[3]. Hieronder wordt eerst een samenvatting gegeven van het advies, waarna de reactie van het kabinet op het advies volgt.

Het advies behelst de volgende onderwerpen:

1. Verloop van de epidemie
2. Stand van zaken verschillende virusvarianten
3. Versoepelingen maatregelen langdurige zorg
4. Reizen
5. Overig: arbeidsmigranten

Voor de onderwerpen, verloop van de epidemie en de stand van zaken van de verschillende virusvarianten geldt dat deze ook aan de orde komen in het 103e OMT-advies. De weergave daarvan is opgenomen in het 103e advies hieronder.

Ad 3) Versoepelingen maatregelen langdurige zorg
De huidige maatregelen hebben nadelige effecten op bewoners, hun naasten en zorgmedewerkers; de bezoekbeperking leidt tot sociale isolatie van bewoners, evenals cohortering binnen een instelling en voor sommige bewoners geldt dit ook voor het houden van afstand. Tevens kan inzet van persoonlijke beschermingsmaatregelen bij sommige bewoners leiden tot angst, agressie of moeite met communiceren; quarantaine, isolatie en testen zijn ingrijpende maatregelen voor bewoners die dit vaak niet begrijpen. Daarnaast hebben quarantaine en isolatie ook grote impact op de zorg in een instelling wanneer collega's niet inzetbaar zijn.

Aanpassing van de strenge maatregelen in de langdurige zorg moet overwogen worden, voor bewoners en verwanten, nu er in deze instellingen de vaccinatiecampagne gestaag vordert. Dan gaat het om zowel verpleeghuizen als instellingen voor gehandicaptenzorg. Uitgangspunt bij eventuele versoepeling blijft dat dat optimale veiligheid wordt nagestreefd, terwijl de impact van de preventieve

[3] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

maatregelen op bewoners en medewerkers zo veel mogelijk beperkt wordt. Er blijft altijd een risico op infectie, of doorgifte van een besmetting.

Daarom moet bij elke versoepeling van de maatregelen in langdurige zorginstellingen een zorgvuldige afweging worden gemaakt tussen de risico's op introductie en verspreiding van COVID-19 in de instelling en het effect van de maatregelen op de kwaliteit van leven van de bewoners. Het OMT ziet op een aantal onderdelen ruimte voor versoepeling die zorgorganisaties in hun eigen risicoafweging betreffende aanpassing van maatregelen kunnen benutten. Als in een instelling de bewoners volledig (dus twee keer) gevaccineerd zijn, biedt dit onder de huidige omstandigheden ruimte voor een uitbreiding van de bezoekregeling van maximaal 1 naar maximaal 2 bezoekers per dag.

Hierbij is het wel noodzakelijk dat de regels voor coronapreventie goed nageleefd worden: geen bezoek van personen met klachten passend bij COVID-19, de bezoeker gebruikt een mondneusmasker en houdt zich aan de 1,5 meter en hygiënemaatregelen. Ook op de kamer van de bewoner blijft dit advies gelden. In de buitenlucht kan het mondneusmasker achterwege blijven wanneer afstand gehouden kan worden.

Het is wenselijk dat de uitvoering en het effect van deze versoepeling van de bezoekregeling worden gemonitord en geëvalueerd. In de toekomst kan de bezoekregeling voor instellingen voor langdurige zorg, bij verdere afname van het risiconiveau in de maatschappij, de verruiming van de algemene bezoekadviezen volgen.

Verder adviseert het OMT de quarantainemaatregelen in de instellingen voor langdurige zorg bij volledige (dus twee keer) vaccinatie weer in lijn te brengen met die voor de algemene bevolking. Bij een volledig gevaccineerde bewoner kan daarmee de quarantaine na contact met een positief geteste huisgenoot of overig nauw contact beëindigd worden na een negatieve PCR-test op dag 5. Een medewerker die in quarantaine is, kan na een negatieve PCR-test op dag 5 weer ingezet worden in de patiëntenzorg. Dit geldt zowel voor gevaccineerde als on(volledig) gevaccineerde medewerkers, omdat medewerkers preventief met mondneusmaskers werken en de bewoners in principe beschermd zijn door vaccinatie.

Een OMT-werkgroep buigt zich over eventuele versoepeling van andere maatregelen in de langdurige zorg en daarbij ook aangeven aan welke voorwaarden voldaan moet zijn om deze versoepelingen door te voeren. Daarbij zullen indien van toepassing ook nieuwe inzichten over de werkzaamheid van de vaccins en het effect

op transmissie in deze populatie worden meegenomen. Ook is een OMT-werkgroep gestart die de mogelijkheden zal verkennen m.b.t. versoepelingen van het beleid bij gevaccineerde ouderen die nog zelfstandig wonen.

Ad 4) Reizen
Zolang de naleving van het quarantainebeleid in Nederland te wensen overlaat, is het belangrijk om reizigersstromen, vooral uit landen waar de verschillende virusvarianten (VOC's) circuleren, tot een minimum te beperken. Naast het ontraden van niet-essentiële reizen, kunnen vlieg- en aanmeerverboden hieraan bijdragen en dienen te worden gehandhaafd.

Afhankelijk van de verdere ontwikkeling van VOC's in Nederland, zoals opgevolgd in de kiemsurveillance, zal het vlieg- en aanmeerverbod voortdurend geëvalueerd en indien opportuun aangepast te worden.

Het vliegverbod voor Kaapverdië kan niet met data worden onderbouwd. Er zijn geen tekenen van verspreiding van VOC's in dat of vanuit dat land. Een vliegverbod op Kaapverdië lijkt dan ook niet nodig.

Indien de epidemie het in de toekomst noodzakelijk maakt om te prioriteren in bron- en contactonderzoek, dan dienen reizigers hierin als prioritaire groep te worden meegenomen, met uitzondering van woon-werkverkeer vanuit België en Duitsland.

Ad 5) Overig: arbeidsmigranten
Het OMT wil benadrukken dat woon- en werkomstandigheden van arbeidsmigranten - waar generieke COVID-19 maatregelen vaak niet gehandhaafd kunnen worden - een risico kunnen zijn voor de verdere verspreiding van COVID-19, en aandacht behoeven.

BAO-advies
Het BAO dat 1 maart heeft plaats gevonden heeft aangegeven dat algemene versoepelingen strikt bezien vanuit het epidemiologisch beeld niet logisch zijn. Het BAO is blij met het advies over versoepeling in de verpleeghuizen en is van mening dat het aan de huizen zelf is een bezoekregeling op te stellen, waarbij aandacht wordt gevraagd voor de uitdagingen die dat brengt, aangezien per verpleeghuis de vaccinatiegraad verschilt. Tevens vindt het BAO de adviezen over reizigers en arbeidsmigranten navolgbaar.

Kabinetsreactie op de verschillende onderdelen van het OMT-advies
Het kabinet is het eens het OMT advies ten aanzien van de versoepelingen voor verpleeghuizen en instellingen voor gehandicaptenzorg. De quarantaineregels voor

deze instellingen worden in lijn gebracht met die voor de algemene bevolking. Ook is er ruimte voor versoepelingen van de bezoekregeling: van maximaal 1 naar maximaal 2 bezoekers per bewoner per dag. Hierbij hoeven deze bezoekers niet (meer) beperkt te zijn tot degenen die tot een bezoekbubbel van 2 tot 3 personen behoren.

Gedurende het afgelopen jaar hebben bewoners van deze instellingen beperkt bezoek mogen ontvangen; in sommige situaties en in een deel van het voorjaar gold in verpleeghuizen zelfs een bezoekverbod. Dit heeft een grote impact gehad op hun kwaliteit van leven en daarom is het juist vanwege het welbevinden van deze bewoners belangrijk om versoepelingen die verantwoord zijn ook daadwerkelijk door te voeren. Zorginstellingen hebben zelf de verantwoordelijkheid een goede afweging te maken hoe om te gaan met bezoek rekening houdend met de specifieke context van elke locatie. Zowel de verpleeghuizen als de instellingen voor gehandicaptenzorg doen dit aan de hand van hun handreiking voor het ontvangen van bezoek die door de sector eerder is opgesteld. Het kabinet vraagt de sector het OMT-advies bij deze afweging te betrekken.

Tevens adviseert het OMT dat deze versoepeling van de bezoekregeling gemonitord en geëvalueerd wordt. Zoals ook bij de eerdere versoepelingen zullen de Academische Werkplaatsen ouderenzorg dat doen. De rapportages die de Academische Werkplaatsen hebben opgesteld naar aanleiding van de eerdere monitoring en evaluatie zijn openbaar gemaakt en naar de Kamer gestuurd. Dat zal ook met komende rapportages gebeuren. Overigens heeft de wijze waarop zij de monitoring eerder hebben gedaan internationaal de aandacht getrokken. Het artikel[4] dat ze hierover hebben gepubliceerd heeft een onderscheiding ontvangen. Naar aanleiding daarvan hebben de Academische Werkplaatsen veel verzoeken gehad voor presentaties in andere landen en wordt Nederland gezien als een voorbeeld op het gebied van het monitoren van het weer openen van de verpleeghuizen en de manier waarop inzichten bij het beleid worden betrokken.

Ten slotte stemt het kabinet in met een verkenning van verdere versoepelingen in de langdurige zorg – zowel in instellingen als voor gevaccineerde ouderen die thuis wonen – en onder welke voorwaarden die verantwoord zijn. Juist ook voor deze groepen is een verdere invulling van een wenkend perspectief enorm belangrijk. We verwachten deze verkenning begin april te ontvangen.

[4] *'Allowing Visitors Back in the Nursing Home During the COVID-19 Crisis: A Dutch National Study Into First Experiences and Impact on Well-Being'; gepubliceerd in JAMDA (Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine).*

Ten aanzien van reizen heeft de minister van Infrastructuur en Waterstaat uw Kamer reeds per brief van 3 maart jl. geïnformeerd over de wijze waarop opvolging wordt gegeven aan het advies[5].

Ten aanzien van arbeidsmigranten deelt het kabinet het belang van extra alertheid voor de seizoenswerkzaamheden in land- en tuinbouw. Voorop staat dat te allen tijde de reguliere voorzorgsmaatregelen van de Rijksoverheid worden toegepast. Zowel op de werkplaats, als op de huisvestingslocatie en in het gezamenlijke vervoer. Tevens wordt gewerkt aan de quarantaineverplichting en bieden werkgevers steeds vaker mogelijkheden voor testen. Het kabinet zet richting arbeidsmigranten in op voorlichting van de RIVM-richtlijnen en communicatie in verschillende talen en brengen deze actief onder de aandacht bij de doelgroep (bijv. via www.workinnl.nl of via coronatalen.nl). Daarnaast treffen werkgevers en gemeenten maatregelen om de werkplek en de huisvestingslocatie zo in te richten dat de kans op besmetting zo klein mogelijk wordt gemaakt. We krijgen echter ook signalen binnen van werkgevers en uitzendbureaus die werken met arbeidsmigranten en zich niet houden aan de RIVM-richtlijnen op de werkplek, bij de huisvesting, het vervoer of op de werkplek. Deze worden door het opgerichte samenwerkingsplatform arbeidsmigranten (onder het Landelijk Operationeel Team Corona (LOT-C)) bekeken en waar nodig wordt er integraal geïnspecteerd in gezamenlijkheid met verschillende toezichthouders. Inmiddels is het Samenwerkingsplatform 79 keer geactiveerd en is 35 keer tot gezamenlijke inzet over gegaan. Ook kijkt het Samenwerkingsplatform proactief naar fluctuerende inzet van arbeidsmigranten in seizoenen en sectoren zoals bijvoorbeeld bij de asperge oogst, in distributiecentra met kerst etc. en beziet daarbij preventieve gezamenlijke inzet.

103^e OMT-advies

Het 103^e OMT-advies is opgenomen in de bijlage[6]. Hieronder wordt eerst een feitelijke weergave van het advies gegeven, waarna de reactie van het kabinet op het advies volgt.

Het advies behelst de volgende onderwerpen

1. Verloop van de epidemie
2. Stand van zaken diverse virusmutanten
3. Voortzetting maatregelen
4. Toekomstige versoepelingen

---

[5] Kamerstukken 24 804 en 25 295, nr. 167

[6] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

Ad 1) Verloop van de epidemie

In de afgelopen week wordt een stabilisatie van het aantal meldingen gezien bij een toename van het aantal uitgevoerde testen. Het percentage positieve testuitslagen is gedaald tot 8,5%. Het percentage positief geteste personen is in alle leeftijdsgroepen gedaald. Er zijn grote verschillen tussen de regio's. Landelijk was de incidentie afgelopen week 176 per 100.000 inwoners, regionaal varieert deze tussen de 115 en 350 meldingen per 100.000 inwoners. De afgelopen week is het aantal nieuwe ziekenhuisopnames gelijk gebleven, maar de instroom op de IC neemt toe. Het aantal locaties met nieuwe besmettingen van verpleeghuizen en woonzorgcentra voor ouderen daalt verder; waarschijnlijk als gevolg van het vaccinatieprogramma. Het aantal besmettingen bij bewoners van verpleeghuizen en instellingen voor mensen met een beperking daalt. De oversterfte is nog licht verhoogd, alhoewel deze is afgenomen ten opzichte van de weken daarvoor.

De meest recente schatting van het reproductiegetal Rt, zoals berekend op basis van de meldingen van positieve gevallen, is voor 18 februari op basis van Osiris meldingen: 1,04 (1,01-1,07) besmettingen per geval. De schattingen op basis van het aantal nieuwe ziekenhuisopnames en IC-opnames per dag, kennen een aanzienlijk grotere onzekerheid, ook daar zien we dat het geschat reproductiegetal ligt rond de waarde van 1 besmetting per geval met een eerste ziektedag rond 18 februari. Het geschatte reproductiegetal voor de VK-variant komt uit op 1,14 (1,10-1,18), het geschatte reproductiegetal voor de Zuid-Afrikaanse variant op 1,10 (0,89-1,30). De schatting van het reproductiegetal voor de klassieke variant is 0,88 (0.83 – 0.94). Het aantal besmettelijke personen is 93.187 (meest recente schatting over 25 februari).

Het aantal opnames in het ziekenhuis daalt niet en de opnames op de IC zijn in de afgelopen week gestegen. De prognose is dat deze stijging verder doorzet, maar de snelheid van stijging is nog erg onzeker. Deze prognose van een stijgende trend geldt ook voor de bedbezetting zowel in het ziekenhuis als op de IC, ook hier met een grote mate van onzekerheid. De prognose voor verpleeghuizen laat geen stijging zien, wat waarschijnlijk het effect is van directe bescherming van de bewoners door vaccinatie en indirect doordat ook medewerkers gevaccineerd zijn.

De prognoses op langere termijn, waar ook vaccinatie in wordt meegenomen, hebben zeer brede onzekerheidsmarges. Dit wordt veroorzaakt door een stapeling van onzekere factoren, waaronder onzekerheid over de eigenschappen van de nieuwe variant, het effect van de recente versoepelingen, het effect van het vaccinatieprogramma en het seizoeneffect.

Ad 2) Stand van zaken diverse virusmutanten

De toename van de VK-variant zet door tot 64,3% in week 7, waarbij de geobserveerde percentages in de weken 5-7 nog aan veranderingen onderhevig zijn. Daarnaast was er in de kiemsurveillance een stijging van het aandeel van de ZA-variant waar te nemen van 0,6% in week 3 tot 3% in week 6. In week 7 ligt dit percentage vooralsnog lager. Ook hier zijn de geobserveerde percentages in de weken 5-7 nog aan veranderingen onderhevig, vanwege nog te verwachten uitslagen van monsters die momenteel geanalyseerd worden. Tot slot is uit de kiemsurveillance gebleken dat ook de E484K-mutatie in Nederland voorkomt, deze mutatie wordt verondersteld de binding van het virus aan het celoppervlak te

versterken en lijkt een negatieve invloed te hebben op de mate van bescherming door de huidige generatie vaccins en na een eerder doorgemaakte infectie met een 'klassieke' variant.

Ad 3) Voortzetting maatregelen
Het OMT geeft aan dat de avondklok en de bezoekbeperking tegelijk zijn ingesteld en dat het effect van deze maatregelen niet los van elkaar is te beoordelen. Ze leiden samen tot naar schatting 10% minder nieuwe besmettingen; dit effect is eerder waargenomen en wordt bevestigd door de meest recente besmettingsdata en modellen. Een effect van 10% reductie heeft in de komende periode – nu de Rt op waarden rond de één zit – een significante impact op de prognoses voor het aantal ziekenhuis- en IC-opnames.

Ten aanzien van het heropenen van het voortgezet onderwijs op 1 maart en het weer toelaten van de uitoefening van contactberoepen vanaf 3 maart, geeft het OMT aan dat het effect van deze versoepelingen op het aantal nieuwe besmettingen nu – na enkele dagen – nog niet kan worden beoordeeld. Dit effect kan pas beoordeeld worden vanaf circa twee weken na de heropening dus vanaf medio maart.

Het OMT geeft aan dat aanpassing van de maatregelen in de huidige context zal leiden tot een toename van het aantal contacten en daarmee ook besmettingen, en als gevolg hiervan, van de ziekenhuisopnames en de druk op de zorg. Daarnaast signaleert het OMT dat het ingrijpen en eventueel terugdraaien van versoepelingen waarschijnlijk te laat komt om een stijging van de besmettingen als gevolg van het mogelijk opheffen van de avondklok/bezoekbeperking in combinatie met de huidige versoepelingen, op te vangen. Dit komt ook vanwege het nog hoge aantal besmettelijke personen (rond de 100.000, waardoor een kleine verandering van het reproductiegetal direct tot een absoluut gezien groot aantal extra nieuwe besmettingen leidt). Derhalve adviseert het OMT om nu geen ingrijpende beleidswijzigingen door te voeren die tot meer contacten en mobiliteit, en daarmee ook nieuwe besmettingen, zullen leiden.

Ad 4) Toekomstige versoepelingen

Voordat er besloten wordt tot eventuele versoepeling van de maatregelen, moet eerst worden beoordeeld wat het effect zal zijn op het aantal nieuwe besmettingen en daaruit voortvloeiend op het aantal ziekenhuis- en IC-opnames. Ook bij een derde golf zal de IC- en ziekenhuiscapaciteit de kritische factor zijn. Het is mogelijk op basis van het reproductiegetal en de huidige, bestaande IC-bezetting te berekenen wat de verwachte toename van de IC-bezetting per week kan zijn en wanneer de maximale IC-capaciteit benaderd of zelfs overschreden wordt. Hetzelfde geldt voor ziekenhuisopnames. Met andere woorden, voor elke combinatie van reproductiegetal en bedbezetting van IC of ziekenhuis kan worden nagegaan of de maximale beddencapaciteit in korte tijd wordt overschreden. Hiertoe is een nomogram in ontwikkeling, die verder zal worden uitgewerkt en helpt bij de beoordeling of er op een bepaald moment verantwoord versoepelingen mogelijk zijn. Ook kan hiermee worden geïllustreerd wat de grenzen voor versoepelingen zijn en wanneer die -als de situatie zich ontwikkelt zoals wordt verwacht - bereikt kunnen zijn, iets dat uit oogpunt van bieden van duidelijkheid en perspectief gewenst is.

Daarnaast is de verwachting dat de bevolking in juli is gevaccineerd – als de toegezegde vaccins daadwerkelijk op tijd geleverd worden – en daarmee een kantelmoment zal worden bereikt voor het kunnen versoepelen van maatregelen.

Als de beoordeling duidelijk heeft gemaakt wanneer of onder welke epidemiologische condities er ruimte is voor versoepelingen, dan moet vervolgens beoordeeld worden welke versoepelingen prioriteit hebben. Daarbij moeten zowel het effect op het verloop van de epidemie als medische, maar ook maatschappelijke effecten beoordeeld worden. Dat laatste ligt niet bij het OMT.

Het RIVM heeft om het effect van verschillende versoepelingen op het verloop van de epidemie in kaart te brengen een modellering uitgevoerd, waarbij het opheffen van de avondklok en bezoekbeperking (met instandhouding van de overige maatregelen) vergeleken is met enkele van de voorgestelde versoepelingen. Daaruit blijkt dat het heropenen van het wetenschappelijk onderwijs en hoger beroepsonderwijs een relatief bescheiden effect heeft. (bij voortzetting van avondklok en bezoekbeperking).

Als komende week de druk op de zorg niet verder toeneemt, vindt het OMT het belangrijk dat de mogelijkheden om buiten te sporten voor volwassenen worden uitgebreid. Uit medisch oogpunt is voldoende lichaamsbeweging ook voor

volwassenen erg belangrijk. Het OMT adviseert om dan toe te staan dat met inachtneming van de in de bijlage genoemde voorwaarden ook volwassenen vanaf 27 jaar met maximaal 4 personen tegelijk weer buiten sporten op 1,5 meter afstand. Bij voorkeur hebben deze groepjes van 4 personen een vaste samenstelling ('bubbel').

Het OMT stelt voor om, als er daarna ruimte komt voor verdere versoepelingen, als eerste de voorgestelde versoepelingen in het hoger onderwijs door te voeren. Dit is van groot belang voor de fysieke en mentale gezondheid van de jongeren en jongvolwassenen die er studeren. Deze versoepeling is goed te reguleren en dient gepaard te gaan met een bijpassend testbeleid (op basis van de resultaten uit verschillende pilots).

Het openen van de terrassen geeft – door grotere groepen mensen in combinatie met gebruik van alcohol – meer risico op nauwe contacten, transmissie van coronavirus en mogelijk minder goed te beheersen situaties.
Ook het openen van grotere winkelbedrijven geeft risico op extra drukte en transmissie, en dan ook nog in overdekte binnenruimtes, vergelijkbaar met supermarkten.

Zowel voor de terrassen als voor de grootwinkelbedrijven geldt dat openstelling bezien moet worden in relatie tot andere maatregelen zoals aantal bezoekers thuis (al dan niet in de tuin) en openstelling van musea, bibliotheken, dierentuinen etc. Dit moet volgens het OMT dan ook bezien worden in het kader van de routekaart, het generieke kader en een aantal specifieke aanvullende adviezen op het generieke kader die later zullen volgen.

Ten aanzien van zwemlessen voor kinderen, geeft het OMT aan het belangrijk te vinden dat de zwemlessen weer worden hervat en acht dit, met inachtneming van de genoemde condities, ook mogelijk.

Ten aanzien van vliegverboden is het OMT van mening dat het vliegverbod voor het VK niet langer relevante invloed heeft op de varianten in de epidemie in Nederland. Het OMT adviseert dat dit kan worden opgeheven, op voorwaarde dat het quarantaineadvies voor reizigers uit de VK strikt wordt nageleefd.

Voor wat betreft de Verenigde Arabische Emiraten en Dubai, adviseert het OMT dat een vliegverbod voor Dubai/VAE niet noodzakelijk is uit oogpunt van virusbestrijding.

Tot slot constateert het OMT dat er in het OV (met name de treinen) sprake is van een toenemende drukte, waardoor de afstand tot de medereizigers lang niet altijd in acht kan worden genomen. Deze situatie is onwenselijk en contrasteert met de algemene boodschap om drukke plekken te vermijden.

BAO-advies
Het BAO vindt het advies navolgbaar. Het BAO is van mening dat in het hoger beroepsonderwijs en wetenschappelijk onderwijs zo snel mogelijk meer ruimte voor fysiek onderwijs moet komen met behulp van een generiek kader. Het BAO ziet het preventief testen via (begeleide) zelfafname – met het OMT – niet als voorwaarde voor de eerste stappen. Dit is, met de uitkomsten van de pilot, wel belangrijk om het nog vérder openen van het hoger onderwijs te bevorderen. Het BAO vindt het van groot belang om perspectief te blijven schetsen ten behoeve van draagvlak in de samenleving en verwelkomt in dat kader het aangekondigde nomogram. Het BAO adviseert daarbij, in lijn met eerdere OMT adviezen, bij versoepelingen vooral in te zetten op versoepelingen buiten. Om perspectief te kunnen bieden op versoepelingen, is het van belang dat de naleving van de bestaande maatregelen verbetert. Het BAO deelt de zorg van het OMT over de beleving van volle treinen en naar aanleiding van dit signaal heeft IenW aangegeven dit te zullen onderzoeken.

In de paragraaf Maatregelen wordt nader in gegaan op de wijze waarop het kabinet opvolging geeft aan het 103e OMT-advies voor wat betreft de voortzetting van maatregelen en mogelijke toekomstige versoepelingen.

2. Sociaal Maatschappelijke Economische Reflectie (SMER) en brede maatschappelijke toets

In mijn brief van 23 februari 2021 jl.[7] heb ik uw Kamer geïnformeerd over het besluit van het kabinet om aanvullend op de reeds bestaande brede weging in de besluitvorming aan het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP), het Centraal Planbureau (CPB) en het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL) te vragen om een sociaal-maatschappelijk en economische beeld en sociaal-maatschappelijke en

[7] Kamerstuk 25 295, nr. 995.

economische reflectie op het maatregelenpakket (parallel aan het advies van het OMT inzake de epidemiologische situatie).

Het SCP heeft relevante inzichten gedeeld over de maatschappelijke effecten van de mogelijk eerste versoepelingen en aandachtspunten voor het mentale bewustzijn. Het is van belang hierbij op te merken dat het niet altijd mogelijk is om een directe relatie tussen een beperkende maatregel en een gevolg te maken.

Het SCP baseert zich op langlopend sociaal en cultureel onderzoek in Nederland en recent onderzoek naar de maatschappelijke effecten van het coronabeleid. Tevens wordt door de ministeries van Financiën, Economische Zaken en Klimaat en het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, de zogenaamde 'Trojka', een sociaal-maatschappelijke en economische reflectie van de maatregelen opgeleverd. Voor de uitvoeringstoets op het maatregelenpakket en de bepaling van de strategie, is onder andere ook advies van de Corona Gedragsunit van het RIVM en de Nationale Politie en de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) ingewonnen.

De reeds bestaande systematiek is hiermee doorontwikkeld. Samenvattend zijn de elementen die nu worden betrokken voor een zo volledig mogelijke afweging in besluitvorming, dus het epidemiologisch beeld (RIVM), het maatschappelijk beeld (SCP), een OMT-advies, een sociaal-maatschappelijke reflectie op de maatregelen (SCP), een sociaal-maatschappelijk en economische reflectie en de uitvoeringstoets op de maatregelen (o.a. gedragsunit RIVM, NP en VNG). Voor deze beelden, reflecties en adviezen verwijs ik u naar de gepubliceerde Catshuisstukken van 6 maart 2021[8].

Hoofdlijnen sociaal-maatschappelijk beeld en reflectie
De bestrijding van het virus vraagt al heel lang heel veel van mensen. Het kabinet begrijpt dat ook de mentale aspecten steeds zwaarder gaan wegen. Hoe langer de crisis duurt, hoe moeilijker het wordt. Het draagvlak neemt zichtbaar af in de samenleving en het kabinet ziet de toenemende behoefte naar versoepelingen en het krijgen van meer ruimte. Echter, door versoepelingen neemt het aantal bewegingen toe en daarmee ook de druk op de openbare ruimte. Gepaard aan het afnemende draagvlak kan dit leiden tot een hogere druk op de handhaving. Uit zowel het beeld als de reflectie van het SCP komt het belang van zekerheid en voorspelbaarheid van versoepelingen naar voren waarbij jojobeleid voorkomen moet worden. Dit kan leiden tot verwarring en kan het vertrouwen doen schaden, hetgeen een negatief effect heeft op het maatschappelijk draagvlak en tevens de handhaving bemoeilijkt.

---

[8] https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-tijdlijn/uitgelicht-catshuisstukken/openbaarmaking-catshuisstukken

Met name de avondklok en de bezoekersregeling vragen veel van mensen. De avondklok heeft gevolgen voor het sociale contact tussen mensen en lijkt met name jongeren te raken. Over de gevolgen van de coronacrisis voor jongeren en jongvolwassenen bestaan veel zorgen. Veel maatregelen zijn ingrijpend op het sociale leven. De afname in sociaal contact is van invloed op het psychisch welbevinden. Ook de bezoekersregeling beperkt het persoonlijk contact tussen mensen. De helft van de mensen mist vooral de intiemere sociale contacten erg: aanraking van mensen buiten hun huishouden (denk aan volwassen kinderen of bejaarde ouders) en kleine bijeenkomsten (zoals verjaardagen, koffieafspraken). Het SCP noemt als aandachtspunt dat sociale contacten belangrijk zijn voor mensen, zeker in tijden van dreiging. Eind 2020 had een op de drie jongeren een laag psychisch welbevinden. In de jaren voor corona schommelde dat op een op de vier. Het kabinet deelt deze zorgen. Daarom heeft het kabinet eerder besloten om fysiek onderwijs gedeeltelijk en gefaseerd mogelijk te maken. Uit het onderzoek komt naar voren dat onderwijs een sociale en vormende functie heeft die onmisbaar is voor de ontwikkeling van jongeren. Het SCP adviseert om het openen van het hoger onderwijs prioriteit te geven aangezien de maatschappelijke effecten van het afstandsonderwijs dusdanig groot zijn. Het beoefenen van sport kent ook positieve gevolgen voor het individueel mentaal welbevinden. Uit onderzoek van de Corona gedragsunit van het RIVM blijkt dat sportdeelname in alle leeftijdsgroepen is gedaald. Het toestaan van extra mogelijkheden om te sporten levert naar verwachting een positieve bijdrage aan de lichamelijke en psychische gezondheid.

De wens in de samenleving en het bedrijfsleven om te versoepelen is begrijpelijk. Door de sociaal, maatschappelijke en economische crisis worden ook zelfstandige ondernemers hard geraakt. Met name zelfstandigen hebben een (soms forse) inkomensachteruitgang meegemaakt, volgens het SCP. Daarnaast stegen de zorgen over baanverlies in de toekomst vooral onder deze groep. Zelfstandig ondernemers vormen een (deels) nieuwe risicogroep voor een laag psychisch welbevinden vanwege angst voor verlies van werk en inkomen.

Het SCP benadrukt dat het stapsgewijs openen van de samenleving op een verantwoorde manier zal moeten plaatsvinden en dat hierbij de epidemiologische inzichten moeten worden betrokken.

Uit de sociaal-maatschappelijke en economische reflectie van de ministeries van SZW, EZK en FIN komt hetzelfde beeld naar voren. Uit deze reflectie blijkt de sterke behoefte naar verdere versoepelingen. Tevens is in kaart gebracht welke versoepelingen het sterkste maatschappelijke en economische effect hebben. Uit deze reflectie blijkt dat de ruimte die wordt geboden aan zwemles en buitensport,

zowel een positieve bijdrage aan het sociaal-maatschappelijk als aan het economisch belang levert.

Het kabinet heeft, bovenstaande punten meegewogen in de besluitvorming van 8 maart. Daarmee onderstreept het kabinet het belang om naast de epidemiologische inzichten ook de sociaal-maatschappelijk en economische gevolgen in kaart te blijven brengen.

3. **Voorwaarden waaronder versoepelingen mogelijk zijn eind maart**

Actuele beeld
We weten al sinds de kerst dat de Britse variant ook in Nederland uiteindelijk de traditionele coronavariant zou overnemen. Daarom was de inzet van het kabinet erop gericht om onze uitgangspositie zo gunstig mogelijk te maken. Deze strategie van 'verlagen en vertragen' en de daarbij genomen maatregelen lijkt gewerkt te hebben. We hebben het aantal besmettingen flink kunnen verlagen van rond de 13.000 positieve testen per dag vlak voor de kerst naar rond de 4000 positieve testen per dag in februari.

Maar het aantal besmettingen neemt weer langzaam toe en is met rond 4500 per dag nog erg hoog. De gemiddelde R-waarde is met een groeiend aandeel van de Britse mutant gestaag toegenomen naar ongeveer 1 nu en zal naar verwachting de komende tijd doorstijgen. Immers, de R-waarde van de Britse mutant is 1,06 (ijkdatum 22 feb). Daarnaast constateren we dat de druk op de zorg onvoldoende is afgenomen en nog erg hoog is. Op de IC is de druk weer toe genomen.

Volgens het RIVM zitten we in de derde golf. Een derde golf waarin het mogelijk is dat de bezetting boven de nu beschikbare IC-capaciteit uitkomt. Die golf wordt bijna geheel aangedreven door de Britse mutant. Om te illustreren hoe krachtig de mutant is, laten de modellen van het RIVM zien dat het aantal mensen op de IC in april waarschijnlijk sterk zou kunnen toe nemen, mogelijk tot boven de 1500, afhankelijk van hoeveel verspreiding de vaccins gaan voorkomen. Die piek wordt mogelijk zelfs gehaald als we (1) de huidige maatregelen vasthouden, (2) blijven vaccineren en (3) rekening houden met het positieve effect van het lenteweer.

Echter, de bandbreedte van de modellen is ruim. Het kan tegenvallen of meevallen. Hierbij is een belangrijke factor de mate van opvolging van de maatregelen. De stijging is te beïnvloeden door ons gedrag. Er zijn veel onzekerheden. Zo is in de actuele ziekenhuiscijfers nog niet goed het effect van het openen van het primair onderwijs, kinderopvang en voortgezet onderwijs te zien. Het RIVM gaat hierbij uit van tientallen extra IC-opnames per dag vanwege het openen van po, ko en vo. Het wordt dus spannend de komende weken hoe het zal uitpakken met het aantal besmettingen en het aantal ziekenhuis- en IC-opnamen.

Is er versoepeling van de maatregelen mogelijk?
Allereerst is het belangrijk te benadrukken dat de prognoses van het RIVM op dit moment geen ruimte voor versoepeling tonen. Het OMT is dan ook zeer terughoudend. Omdat het ongeveer twee tot drie weken duurt voordat we de effecten van versoepelde maatregelen op de besmettingen en ziekenhuis- en IC-opnamen terugzien én omdat de bezetting van de IC met 550 COVID patiënten al erg hoog is, hebben we dus heel weinig speelruimte. Zoals gezegd hebben de modellen van het RIVM te maken met de nodige onzekerheden.

De epidemiologische voorwaarden waaronder versoepelingen van één of meer maatregelen aan de orde kan zijn, binnen niveau 4 (zeer ernstig), op het volgende besluitvormingsmoment (23 maart) zijn als volgt:

- De R-waarde is rond de 1 gebleven, waarmee sprake is van een stabiele bezetting van ziekenhuizen en IC's, of
- In geval de bezetting van de ziekenhuizen en IC's is toegenomen, door een tijdelijk hogere R-waarde, kan versoepeling plaatsvinden in het geval de R-waarde vervolgens inmiddels weer aantoonbaar onder de 1 ligt.

Het OMT zal dan gevraagd worden, hierover advies uit te brengen.

4. **Maatregelen**

Voortzetting lockdown, perspectief op versoepelingen eind maart
Het kabinet heeft besloten de lockdown te verlengen tot en met 30 maart 2021. Wel zal het door een aantal gerichte bijstellingen per 16 maart 2021 mogelijk worden om onder voorwaarden voor volwassenen buiten te sporten, zwemlessen voor kinderen tot en met 12 jaar door te laten gaan en theorie-examens die nodig zijn voor de uitoefening van beroep op bedrijf doorgang te laten vinden. Ook vinden een aantal wijzigingen ten aanzien van reizen plaats. De belangrijkste daarvan is dat het advies: "Blijf in Nederland" wordt verlengd tot 15 april 2021.

Verlenging van de lockdown is noodzakelijk omdat de beperking van het aantal reisbewegingen en contactmomenten nog altijd essentieel is om de epidemiologische situatie beheersbaar te houden. Bovendien is er op dit moment nog niet goed zicht op het epidemiologische effect van de versoepelingen die op 1 en 3 maart jl. zijn ingegaan. Daar komt bij, zoals toegelicht in de vorige paragraaf van deze brief, dat het weliswaar door middel van maatregelen is gelukt om de derde golf vooruit te schuiven, maar dat mede door de introductie van met name de Britse variant deze niet is afgewend.

Onderstaand worden de verlenging van de lockdown, een aantal gerichte bijstellingen in de Tijdelijke regeling maatregelen COVID-19, de wijzigingen ten aanzien van reizen en het perspectief dat zich aandient voor begin april, toegelicht. In paragraaf 6 van deze brief zal ik door middel van scenario's een breder perspectief schetsen op de komende maanden en met een herijking van de routekaart (paragraaf 5) weergeven hoe de ruimte, die zal gaan ontstaan over de sectoren, kan worden verdeeld. Een nieuw moment van besluitvorming is voorzien op dinsdag 23 maart 2021.

Verlenging advies maximaal één persoon thuis te ontvangen en avondklok tot 31 maart 04.30 uur
Het kabinet heeft besloten om de avondklok te verlengen tot 31 maart 2021 04.30 uur. Parallel aan de verlenging van de avondklok wordt het advies om per dag maximaal één persoon thuis te ontvangen verlengd. Hiertoe is besloten omdat het steeds duidelijker komt vast te staan dat de avondklok, in combinatie met het thuisbezoekadvies, een effectief middel in de bestrijding van het virus. Dit blijkt onder meer uit het 103e advies van het OMT. Volgens het OMT leiden de avondklok en de bezoekbeperking tot naar schatting 10% minder nieuwe besmettingen; dit effect is eerder waargenomen en wordt bevestigd door de meest recente besmettingsdata en modellen. Een effect van 10% reductie heeft in de komende periode – nu de Rt op waarden rond de één zit – een significante impact op de prognoses voor het aantal ziekenhuis- en IC-opnames.

De epidemiologische situatie is nog steeds zeer zorgelijk en de prognoses zijn met onzekerheden omgeven. Iedere aanpassing van de maatregelen in de huidige context zal leiden tot een toename van het aantal contacten en daarmee ook besmettingen, en als gevolg hiervan, van de ziekenhuisopnames en de druk op de zorg. Daarnaast signaleert het OMT dat het ingrijpen en eventueel terugdraaien van versoepelingen waarschijnlijk te laat komt om een stijging van de besmettingen als gevolg van het mogelijk opheffen van de avondklok of bezoekbeperking in combinatie met de huidige versoepelingen, op te vangen; dit komt ook vanwege het nog hoge aantal besmettelijke personen (rond de 100.000, waardoor een kleine verandering van het reproductiegetal direct tot een absoluut gezien groot aantal extra nieuwe besmettingen leidt). Derhalve adviseert het OMT om nu geen ingrijpende beleidswijzigingen door te voeren.

De beperkte afname en stabilisatie van het aantal besmettingen en de komst van en de toename van het aantal besmettingen met de nieuwe varianten van het virus,

maken dat het nodig blijft het aantal contacten buiten huis zoveel als mogelijk te beperken tot alleen cruciale contacten. Het kabinet is van mening dat, ook voor de komende periode, de avondklok een proportionele maatregel is. Een avondklok is, zeker gecombineerd met flankerende maatregelen, een effectieve manier om het aantal besmettingen en daarmee de druk op de zorg en de maatschappelijke gevolgen, beperkt te houden. Minder stringente maatregelen om dat doel te bereiken staan, mede gelet op het advies van het OMT, thans niet ter beschikking.

Nu de periode waarmee de avondklok wordt verlengd geldt tijdens de verkiezing voor de Tweede Kamer, zijn er specifieke afspraken gemaakt voor de Tweede Kamerverkiezing. Het is van groot belang dat iedere kiesgerechtigde vrij en zonder belemmeringen zijn stem kan uitbrengen. Daarnaast moet omwille van de transparantie, toegankelijkheid en controleerbaarheid van de verkiezing het mogelijk zijn voor kiezers om aanwezig te zijn bij de telling. Voor personen betrokken bij de Tweede Kamerverkiezing gelden daarom de volgende afspraken:

- Kiezers die gaan stemmen kunnen dit gewoon doen tot 21.00 uur (of zoveel langer als zij in de rij staan na 21.00 uur). Zij kunnen daarna ongehinderd naar huis. Na 21.00 uur kunnen kiezers (observanten) die dat willen ook kijken bij het tellen (binnen de geldende regels in het stemlokaal). Zij hebben daarvoor dan geen aparte verklaring nodig. Zij kunnen dat mondeling aangeven bij de handhavers.
- Voor stembureauleden en tellers, of vrijwilligers die betrokken zijn bij de organisatie van de verkiezingen, geldt dat zij hun werkzaamheden kunnen verrichten tijdens de avondklok met een bewijs van hun werkzaamheden op het stembureau. Dit bewijs is vormvrij en kan een brief of mail van de gemeente zijn waaruit hun werkzaamheden blijken.
- Voor ambtenaren die in dienst zijn van een gemeente, of andere personen die vanwege hun werk betrokken zijn bij de verkiezingen, geldt dat zij tijdens de avondklok hun werk kunnen doen met een eigen verklaring en een werkgeversverklaring.

Gerichte bijstellingen huidige maatregelen
Het kabinet heeft besloten tot een aantal gerichte bijstellingen onder andere gericht op buitensport voor volwassen, zwemlessen voor kinderen tot en met 12 jaar, het afnemen van theorie-examens die benodigd zijn voor uitoefening van beroep of bedrijf en een precisering ten aanzien van winkelen op afspraak. De bijstellingen, die ingaan per 16 maart 2021, worden onderstaand toegelicht.

Buitensport onder voorwaarden toegestaan

Het wordt vanaf 16 maart 2021, in aanvulling op de reeds bestaande mogelijkheden voor jongvolwassenen, voor iedereen onder voorwaarden toegestaan om in georganiseerd verband op een buitensportaccommodatie, of bij sportactiviteiten die door of met goedkeuring van de gemeente georganiseerd zijn, in een groepsgrootte van maximaal vier personen op 1,5 meter afstand te sporten. Het kabinet heeft hiertoe besloten gezien het belang van sporten en bewegen voor de fysieke en mentale gezondheid van iedereen. Een verruiming van de groepsgrootte waarin gesport mag worden van twee naar vier vergroot de mogelijkheden om te sporten. Met deze verruiming worden verschillende sportvormen weer beter mogelijk en worden de aangepaste trainingen in bijvoorbeeld teamsporten weer iets aantrekkelijker. Deze sportactiviteiten kunnen worden uitgevoerd onder voorwaarde dat het Sportprotocol van NOC-NSF en de specifieke protocollen die daarop gebaseerd zijn van de verschillende sportbonden worden nageleefd. Voor deze maatregel geldt dat als de epidemiologische situatie verslechtert het nodig kan zijn de maatregel op een later afwegingsmoment te heroverwegen.

Zwemlessen voor kinderen tot en met 12 jaar weer toegestaan

Het kabinet is van mening dat nu de lockdown voortduurt en we richting de zomer gaan, het van belang is dat zwemlessen voor kinderen tot en met 12 jaar weer hervat kunnen worden. Dit mede omdat in Nederland – waar water altijd in de buurt is – zelfredzaamheid belangrijk is wanneer je bedoeld en onbedoeld in het water terecht komt. Doordat het diplomazwemmen lange tijd heeft stilgelegen, zijn kinderen teruggeworpen in hun leerproces en zijn de wachtlijsten om te starten met zwemles gegroeid. Daarom worden per 16 maart 2021 zwemlessen voor kinderen tot en met 12 jaar weer toegestaan voor zover deze tot doel hebben om een A, B of C-diploma te behalen. Zwembaden mogen uitsluitend voor deze functie open. Voor deze zwemlessen gelden een aantal voorwaarden. Er dient sprake te zijn van inschrijving/reservering, triage en registratie. Verkouden kinderen en kinderen met andere griepklachten blijven thuis. Kleedkamers mogen beschikbaar zijn voor de kinderen met zwemles, maar douches blijven gesloten. Tot slot dienen ouders en verzorgers buiten het gebouw te wachten.

Toestaan theorie-examens voor beroep en bedrijf

Het kabinet maakt het om knelpunten in de uitvoering te voorkomen per 16 maart 2021 mogelijk om theorie-examens af te leggen voor het besturen van een vervoermiddel voor zover dat beroepsmatig nodig is of voor de uitoefening van het beroep van rijinstructeur, keurmeester voor de periodieke keuring van

motorrijtuigen, tachograaftechnicus of LPG-technicus. Daarnaast maakt het kabinet bepaalde theoretische nascholingscursussen mogelijk, zoals voor beroepschauffeurs. Ook kunnen educatieve maatregelen ter bevordering van de rijvaardigheid of geschiktheid weer worden ondergaan. Dit betekent dat een zeer beperkt deel van zowel de beroepsmatige theorie-examens met betrekking tot rijvaardigheid en geschiktheid evenals cursussen in het kader van opgelegde educatieve maatregelen mogelijk worden gemaakt.

Precisering 'winkelen op afspraak'

Op dit moment mogen per tijdslot van minimaal tien minuten maximaal twee klanten per verdieping in het kader van winkelen op afspraak aanwezig zijn in winkels. Het maximum aantal klanten per tijdslot van minimaal tien minuten wordt per 16 maart 2021 bijgesteld naar één klant per 25m2 winkelvloeroppervlakte. Wanneer een winkel op basis van deze regeling minder dan twee klanten per verdieping zou mogen ontvangen geldt alsnog het maximum van twee klanten per verdieping. Afhankelijk van de winkelvloeroppervlakte mogen maximaal 50 klanten aanwezig zijn in een winkel. Hiermee worden de beperkende maatregelen in toenemende mate proportioneel voor winkels met een middelgroot winkelvloeroppervlak. Voor deze maatregel geldt dat als de epidemiologische situatie verslechtert het nodig kan zijn de maatregel op een later afwegingsmoment te heroverwegen.

Juridische en beleidsmatige bijstellingen en herstelpunten

Het kabinet maakt van de gelegenheid gebruik om een aantal wijzigingen in de Tijdelijke regeling maatregelen COVID-19 door te voeren:

- De mogelijkheid om buiten sportactiviteiten voor jongvolwassenen tot 27 jaar te organiseren wordt aangepast. Dit is per 16 maart 2021 niet meer alleen mogelijk op buitensportlocaties, maar op alle locaties wanneer deze door of in opdracht van de gemeente worden georganiseerd. Hiermee wordt het onder andere voor kwetsbare groepen mogelijk om in georganiseerd verband te sporten op bijvoorbeeld 'Cruyff courts'.
- Om discussie te voorkomen en in het belang van de bijzondere privébelangen, met name het huisrecht, vindt het kabinet het wenselijk om in de Tijdelijke regeling maatregelen COVID-19 te verduidelijken dat een woongedeelte van een voer- of vaartuig uitdrukkelijk uitgesloten is van het groepsvormingsverbod. Voor het overige geldt het groepsvormingsverbod onverkort in een rijdend of stilstaand voertuig of een varend of stilliggend vaartuig.

Reizen
Het kabinet neemt maatregelen om de verspreiding van het coronavirus door reizigers te beperken. In dat kader verlengt het kabinet het advies om niet naar het buitenland te reizen en worden enkele technische knelpunten in de uitvoering opgelost.

Negatief reisadvies
Het is vanwege de epidemiologische situatie in Nederland en het buitenland wenselijk om reisbewegingen zoveel mogelijk te beperken. Daarom verlengt het kabinet het advies om niet naar het buitenland te reizen tot en met 15 april: "Blijf in Nederland. Ga niet op reis. Elke reis verhoogt de kans op meer besmettingen in Nederland en in het buitenland. Reis alleen bij ernstige familieomstandigheden of voor werk dat echt niet uitgesteld kan worden en waarbij fysieke aanwezigheid absoluut nodig is en ga in quarantaine bij terugkomst in Nederland."

Opheffen vlieg- en aanmeerverbod Verenigd Koninkrijk
Op 3 maart 2021 heeft het kabinet uw Kamer geïnformeerd over het verlengen van het vlieg- en aanmeerverbod voor het Verenigd Koninkrijk. Door de uitgebreide verspreiding van de Britse variant in Nederland, heeft volgens het OMT het vliegverbod voor het VK daarom niet langer relevante invloed op de varianten in de epidemie in Nederland. Het OMT adviseert dat dit voor het VK kan worden opgeheven. Het vlieg en vaarverbod zal daarom op 9 maart 2021 00.01 uur Nederlandse tijd worden opgeheven. De huidige testverplichtingen voor reizigers uit het VK blijven wel van kracht, met uitzondering van de sneltest verplichting voor vrachtwagenchauffeurs als deze korter dan 48 uur in het VK zijn geweest, deze wordt opgeheven per 16 maart 2021. Ook het dringende quarantaineadvies voor reizigers uit de VK en de andere vliegverboden blijven van kracht.

Oplossen technische knelpunten in de uitvoering
<u>Termijn sneltest verlengen van 4 uur naar 24 uur</u>
Op dit moment staat er voor de verplichte negatieve antigeensneltestuitslag voor vertrek uit hoog risicogebieden met het vliegtuig of boot een termijn van maximaal vier uur voor boarden. In de praktijk worden problemen ervaren met het binnen vier uur voor boarden halen van een negatieve antigeensneltestuitslag. Het OMT heeft in haar 100^{e} advies (12 februari jl.) (Bijlage bij Kamerstuk 25 295, nr. 993) aangegeven dat een negatieve antigeensneltest een geldigheidsduur heeft van 24 uur. Gezien het OMT-advies en de problemen in de huidige praktijk voor passagiers, kiest het kabinet ervoor dat de test voortaan moet zijn afgenomen maximaal 24 uur voor het aan boord gaan van het vlieg- of vaartuig.

<u>Transferpassagiers uitzondering sneltest</u>
Voor transferpassagiers in de luchtvaart reizend vanuit een hoog risicogebied geldt op dit moment een dubbele testverplichting, tenzij de NAAT/PCR-testuitslag

maximaal 12 uur oud is voor boarden. Het RIVM geeft in een recent advies aan dat de antigeensneltest met name dient om het risico van import van COVID-19 vanuit hoog risicogebieden naar Nederland, die door de verplichte NAAT/PCR-test al grotendeels wordt ondervangen, nog verder te mitigeren (zie bijlage aanvullend advies testen voor reizigers en vliegend personeel)[9]. Aangezien transferpassagiers meteen verder reizen, vormen zij een beperkter risico op import van COVID-19 in Nederland dan andere passagiers. Mede op basis van het RIVM advies heeft het kabinet besloten om transferpassagiers uit te zonderen op de verplichte antigeensneltest. De NAAT/PCR-testverplichting van maximaal 72 uur oud bij aankomst in Nederland voor deze reizigers blijft wel bestaan.

<u>Mogelijkheid NAAT/PCR-test van max 72 uur naast sneltest voor crew</u>
Op dit moment is het voor luchtvaartbemanning (vliegend vanuit een hoog risicogebied) verplicht om maximaal vier uur voor boarden een sneltest af te laten nemen. Bij een negatief resultaat mogen ze naar Nederland vliegen. Indien de luchtvaartmaatschappij hier niet aan kan of wil voldoen, kunnen zij een alternatief testprotocol, dat minimaal een zelfde bescherming biedt, indienen bij het ministerie van VWS. Mede op basis van advies van het RIVM, wordt voor luchtvaartbemanning nu de mogelijkheid toegevoegd om in plaats van een sneltest die is afgenomen maximaal 24 uur voor het aan boord gaan (conform wijziging voor passagiers), te kiezen voor een NAAT/PCR-test met een geldigheid van maximaal 72 uur bij afname van de test. Deze testuitslag kan een bemanningslid gebruiken voor één of meerdere vluchten naar Nederland binnen deze termijn. Dit geldt ook voor de crew van ferry's. Door een aantal luchtvaartmaatschappijen zijn de afgelopen periode protocollen ingediend en gehonoreerd. Deze blijven vooralsnog geldig.

<u>Uitzonderingen EU-inreisverbod</u>
De uitzonderingen op het Europees inreisverbod voor zakenreizigers, studenten (kort verblijf), kennismigranten (kort verblijf), professionals uit de culturele en creatieve sector en buitenlandse partners in het kader van de regeling langeafstandsgeliefden zijn sinds 23 januari jl. opgeschort. Dat deze reizigers niet kunnen worden toegelaten, veroorzaakt problemen in onder meer de culturele sector en andere economische sectoren. Daarnaast heeft deze opschorting grote impact op mensen met een langeafstandsrelatie. Het gaat hier om heel kleine aantallen reizigers, die moeten kunnen aantonen dat zij aan de voorwaarden voldoen en een noodzakelijke reis maken. Ook moeten zij, net als alle reizigers naar Nederland, voldoen aan de testverplichtingen Daarom kiest het kabinet ervoor om deze uitzonderingen niet langer op te schorten.

---

[9] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

Corridor essentiële dienstverlening Caribisch Nederland

Vanwege de kleinschaligheid van Saba en Sint Eustatius is bepaalde essentiële dienstverlening, zoals notariële, bancaire of consulaire dienstverlening, niet op deze eilanden aanwezig. Hiervoor moet naar bijvoorbeeld Sint Maarten worden gereisd. De autoriteiten van Saba en Sint Eustatius organiseren in dat kader via een corridor regionale grensoverschrijdende reizen voor essentiële dienstverlening, waarbij strikte protocollen worden gehandhaafd, zoals die ook gelden voor de medische corridor. Naast de gebruikelijke afstands- en hygiëne maatregelen wordt hierbij contact zoveel mogelijk beperkt, worden reizigers van en naar hun afspraken gebracht, en vinden de heen- en terugreis veelal binnen 6 tot 8 uur plaats.

Uitzondering veilige-afstandsnorm
Op de Nederlandse luchthavens geldt de veilige afstandsnorm van 1,5 meter en mondkapjesplicht voor personen van dertien jaar en ouder. Voor essentiële handelingen in het reisproces, waar reizigers geclusterd samen komen, kan de veilige afstandsnorm op de luchthaven niet altijd worden geborgd, zoals bij de security controle en grensprocessen. Hiervoor is een uitzondering gemaakt in de Tijdelijke Wet Maatregelen. Aan dit lijstje wordt met deze aanpassing ook de bagagebanden en testlocaties voor uitgaande reizigers (o.a. voor reizigers richting de BES/CAS eilanden) toegevoegd, voor zover deze op de luchthaven ingericht zijn.

Versoepelingen per eind maart in voorbereiding
Zoals aangegeven, bereidt het kabinet voor eind maart een stapsgewijze versoepeling van maatregelen voor. Deze kunnen alleen ingaan als de epidemiologische situatie dat toelaat. Daarbij vormen de randvoorwaarden, die in paragraaf 3 zijn toegelicht, de basis. Onderstaand worden de mogelijk eerste stappen toegelicht. Daarbij is het uitgangspunt dat sprake is van een gelijke verdeling van mogelijke ruimte over verschillende sectoren conform de motie Dijkhoff. Zie voor een nadere toelichting paragraaf 5.

Een dag in de week fysiek hoger onderwijs
Het kabinet streeft ernaar, als dit past binnen de epidemiologische criteria die het kabinet stelt, om vanaf 29 maart 2021 het hoger onderwijs (HBO en universiteiten) stapsgewijs te openen door studenten maximaal één dag per week fysiek onderwijs te kunnen laten volgen. Dit is van groot belang voor de fysieke en mentale gezondheid van de jongeren. Bestaande uitzonderingen ten aanzien van tentamens, examens, praktijkonderwijs en begeleiding van kwetsbare studenten zullen in stand blijven. Alle geldende RIVM-richtlijnen, inclusief het hanteren van de 1,5 meter afstand zullen daarbij gelden. Bij de opening van het hoger onderwijs gelden vanzelfsprekend de voorschriften betreffende het Bron en Contact onderzoek en het bijbehorende testbeleid bij de GGD (generiek kader van het RIVM). Ook dienen

bestaande afspraken met de aanbieders van het OV over gespreide vervoersbewegingen gecontinueerd te worden.

De inzet van meer preventief testen is geen voorwaarde voor de eerste stap van het heropenen van het hoger onderwijs, maar deze testvorm biedt ruimte voor het verder heropenen van mbo en hoger onderwijs op een veilige manier. Dit kan onder meer in de vorm van begeleide zelfafname of via zelftesten, hetgeen kansrijk is omdat dit voor instellingen en studenten het eenvoudigst is. Over de ontwikkelingen rond begeleide zelfafname en zelftesten verwijs ik u naar paragraaf 8 van deze brief.

Op dit moment lopen in acht regio's al pilots bij hoger onderwijsinstellingen, waaronder in 3 regio's met begeleide zelfafname en zelftesten. Met wat we leren uit deze pilots kan op een snelle wijze de inzet van onder andere begeleide zelfafname en zelftesten zoveel mogelijk verder worden opgeschaald. Het kabinet zal bekijken hoe instellingen in de opschaling van sneltesten het beste gefaciliteerd kunnen worden, zodat er voldoende testen beschikbaar zijn en afgenomen kunnen worden.

Heropening horeca buiten (terrassen)

Het kabinet ziet een veilige en verantwoorde opening van terrassen van eet- en drinkgelegenheden buiten en onder strikte voorwaarden als eerste stap naar heropening van de horeca. Of dat al voor het Paasweekend mogelijk is, hangt van de ontwikkeling van de epidemie. Over voorwaarden waaronder deze opening kan plaatsvinden, zal op basis van de nieuwste gegevens een besluit genomen worden. Hierover voert het kabinet constructieve gesprekken met onder andere Koninklijke Horeca Nederland (KHN), het Veiligheidsberaad en het MKB. Deze zullen de komende periode voortgezet worden.

Opening detailhandel en warenmarkten onder voorwaarden

Het kabinet streeft ernaar de detailhandel en non-food kramen op warenmarkten onder voorwaarden weer te openen. Of dit al eind maart mogelijk is, hangt van de ontwikkeling van de epidemie. De belangrijkste voorwaarde daarbij zal, naast naleving van de basisregels, naar verwachting zijn dat er maximaal 1 klant per 25m2 winkelvloeroppervlakte aanwezig mag zijn. Over de exacte voorwaarden bij opening is het kabinet voortdurend in gesprek met de sector.

5. Routekaart (uitwerking motie Dijkhoff)

Update routekaart

Op 2 februari is de vernieuwde routekaart gepresenteerd[10]. Met deze routekaart wordt het voor de samenleving, ondanks alle onzekerheden in deze fase van de crisis, voorspelbaar welke maatregelen horen bij welk risiconiveau en via welke (tussen)stappen de afschaling vormgegeven kan worden.

De routekaart laat, door de opzet waarvoor gekozen is, ruimte om bij het afschalen niet alleen stappen tússen maar ook bínnen risiconiveaus te zetten. Via tussenstapjes kunnen we op een fijnmazige manier afschalen, waarbij beschikbare ruimte voor versoepelingen verdeeld kan worden over verschillende sectoren. Overeenkomstig het verzoek van uw Kamer worden deze tussenstappen in samenspraak met sectoren vormgegeven.

Deze tussenstappen geven we vorm langs een aantal variabelen, waarbij we denken aan 1) Binnen/buiten, 2) Lokaal/bovenlokaal, 3) Tijd, 4) Groepsgrootte en 5) Leeftijd. Dit is geen limitatieve opsomming. Deze variabelen maken het mogelijk om bepaalde maatregelen getrapt te versoepelen en als tussenstap op te nemen in de routekaart. Deze systematiek is terug te zien in een legenda van afschalingsmogelijkheden bovenin de routekaart en in tabjes met bepaalde afschalingsmogelijkheden per categorie en per risiconiveau. In een addendum bij de routekaart zijn ter illustratie mogelijke tussenstappen genoemd.

Momenteel hebben we voor restaurants, overige horeca, detailhandel, sport en jeugdactiviteiten en onderwijs in overleg met de verschillende sectoren eerste kleine tussenstappen geformuleerd. Voor de sectoren zijn deze stappen, hoe klein ook, van betekenis. Deze eerste serie van tussenstappen is opgenomen als voorbeeld in het addendum bij de routekaart. Hiermee wordt inzichtelijk gemaakt hoe invulling wordt gegeven aan de uitwerking van motie van het lid Dijkhoff.

Aanvullend op het toevoegen van een addendum zijn enkele technische wijzigingen in de routekaart verwerkt met als doel tekstuele verheldering en actualisering in verband met de voorgaande besluitvorming.

Voor andere sectoren zijn deze stappen nu nog niet opgenomen in dit addendum. Hierbij is het goed om op te merken dat gesprekken met veel van de overige sectoren gaande zijn, en dat sectoren diverse voorstellen hebben gedaan voor tussenstappen. De komende weken zullen we in overleg met de sectoren komen tot een verdere invulling van de routekaart.

Bij de verdere uitwerking van nieuwe tussenstappen zal ook de mogelijke inzet van toegangstesten worden betrokken. Of tussenstappen ook daadwerkelijk toegepast gaan worden, hangt onder andere af van welke ruimte de epidemie ons op korte termijn biedt. We zorgen hiermee dat we in ieder geval klaar staan op het moment

---

[10] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

dat die ruimte ontstaat, en het geeft daarmee tegelijkertijd ook al enig perspectief waar de sectoren zich op kunnen voorbereiden. Hiermee geef ik ook uitvoering aan de motie van het lid Dijkhoff[11] en doe ik mijn toezegging uit de stand van zakenbrief COVID-19 van 23 februari jl.[12] gestand.

6. Perspectief/ uitwerking scenario's (toezegging Segers)

Ontwikkeling van de epidemie

<u>Een jaar na corona: de impact van de epidemie tot op heden</u>
De epidemie heeft het afgelopen jaar een grote impact gehad op veel verschillende aspecten van onze samenleving. Het gevolg hiervan is dat inmiddels niet slechts sprake is van een gezondheidscrisis, maar ook van een economische crisis en een sociaalpsychologische crisis. Het kabinet heeft daarom een integrale impactanalyse uitgevoerd om beter inzicht te krijgen in de effecten van het coronavirus op de volksgezondheid, de economie en de maatschappij. Bij deze analyse heeft het kabinet zich gebaseerd op nationale en internationale publicaties van onder meer het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Centraal Planbureau (CPB), het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP), het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL), het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), de Sociaaleconomische Raad (SER).

Uit deze integrale analyse komen onder meer de volgende effecten naar voren. Ten eerste die op de volksgezondheid. COVID-19 heeft hier directe en indirecte gevolgen. Het directe gevolg is sterfte aan COVID-19. Sterfte aan COVID-19 komt waarschijnlijk in de top 3 van doodsoorzaken in 2020. Hierdoor komt de gemiddelde levensverwachting in 2020 een half jaar lager uit dan eerder werd gedacht. Ook de indirecte effecten zijn enorm. De reguliere ziekenhuiszorg kwam in de knel, doordat de zorg voor COVID-19 veel beslag legde op de capaciteit. Ook veranderde onze dagelijkse leefstijl: zo zijn we meer ongezond gedrag gaan vertonen (roken, drinken en overgewicht) en minder gezond gedrag (bewegen). En ook de gevolgen voor de (mentale) gezondheid zijn groot.

Ten tweede die op de economie. Ten opzichte van Q4 van 2019 is de Nederlandse economie in de eerste drie kwartalen van 2020 per saldo met 3% gekrompen (EU-

[11] Kamerstuk 25 295, nr. 952.
[12] Kamerstuk 25 295, nr. 995.

gemiddelde: 4% krimp). Hier speelt zowel het geldende maatregelenpakket als de voortdurende onzekerheid bij burgers een belangrijke rol. De structurele schade neemt toe naargelang de beperkende maatregelen langer aanhouden. De economische effecten zijn hierbij niet evenredig verdeeld. Bepaalde sectoren en groepen op de arbeidsmarkt zijn harder getroffen dan anderen. De SER Denktank Coronacrisis 'Perspectief op herstel' wijst erop dat met name ondernemers, jongeren, kwetsbare groepen en werkgevers en werknemers in sectoren die niet operationeel zijn door de crisis, ongelijk hard worden geraakt. Het risico op verlies van werk of langdurige inactiviteit is groter voor arbeidsmarkttoetreders, verarmde werkenden waaronder bepaalde groepen zzp'ers, mensen met een arbeidsbeperking, chronisch zieken en statushouders. En hoewel er vooralsnog een beperkt waarneembaar effect op faillissementen en werkloosheid is door de economische steunpakketten van de overheid, is de verwachting dat het aantal faillissementen en de werkloosheid in de toekomst zullen oplopen. Door de lange duur van de maatregelen, ontstaat steeds vaker structurele schade. Ook de overheidsschuld loopt verder op.

Ten derde die op de samenleving. In hun gezamenlijke briefadvies van 18 februari jl. geven de planbureaus SCP, CPB en PBL in samenwerking met het RIVM aan dat de crisis op veel terreinen ingrijpt en bestaande kwetsbaarheden verscherpt. Zo krijgen flexwerkers en zzp'ers op de arbeidsmarkt de hardste klappen. En in het onderwijs zijn in de volle breedte leerachterstanden, waarvan de effecten langs bestaande lijnen van kansenongelijkheid neerslaan. Voorts wijzen de planbureaus op het risico dat kansen die zich voordoen voor andere belangrijke vraagstukken, zoals klimaat en houdbaarheid van het zorgstelsel, onderbenut blijven. De planbureaus bouwen met hun aandachtspunten voort op het recente advies van de SER Denktank Coronacrisis 'Perspectief op herstel'. De SER wijst op chronische stress door onder meer bestaansonzekerheid en eenzaamheid onder met name ouderen en mensen met een kwetsbare gezondheid. Deze effecten worden verder onderstreept in de 10e gedragsmonitor van de Corona Gedragsunit van het RIVM.

Ten vierde die op ons gedrag. Uit de 10e ronde gedragsonderzoek van de Corona Gedragsunit van het RIVM, gehouden onder ruim 54.000 deelnemers, blijkt dat de meeste mensen zich houden aan de regels. Naleving en draagvlak zijn voor de meeste maatregelen hoog. Naarmate maatregelen langer duren is er wel een lichte daling in draagvlak waarneembaar. Uit dit onderzoek blijkt dat de lasten zwaar zijn, vooral voor mensen onder de 40. Dit in tegenstelling tot mensen van 70 jaar en ouder waar het mentaal welbevinden stabiel lijkt te zijn gebleven. Onder alle groepen is de eenzaamheid toegenomen. Mensen hebben een brede behoefte aan een duidelijke koers, aan perspectief, en aan een eerlijke verdeling van lasten.

Scenario's

In het COVID-19 debat van 4 februari 2021 (Handelingen II 2020/21, nr. 53, debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus) heb ik toegezegd scenario's te schetsen over het verloop van de epidemie. Ik heb gekozen voor onderscheiden kwalitatieve scenario's. Het zijn daarmee beelden van de toekomst over hoe de epidemie zich zou *kunnen* ontwikkelen. Dit kan behulpzaam zijn voor het kabinet om zich voor te bereiden op uiteenlopende situaties. We hebben immers te maken met een grillig virus wat ons vaker heeft verrast. De toekomstbeschrijvingen zijn kwalitatieve beschrijvingen die niet gebaseerd zijn op harde doorrekeningen. Ik benadruk daarom dat het hier niet om voorspellingen gaat. Het uiteindelijke verloop van de epidemie zal nooit overeenkomen met een van deze toekomstbeelden.

Het geeft denkrichtingen en inschattingen over wat er in de verschillende toekomstbeelden kan gebeuren, welke gevolgen dit kan hebben en heeft als doel om te ijken of de maatregelen aansluiten bij de situatie die op ons afkomt. Het gaat om steeds toetsen of de juist afwegingen worden gemaakt. Daarmee draagt het bij aan de gedachtenvorming met uw Kamer over de te volgen koers. De kracht zit in het voeren van dat gesprek, niet in de beelden zelf. De beelden moeten helpen om de juiste vragen te stellen en onderwerpen aan de orde te stellen.

Fasen in de crisis
Wat elk van deze beelden gemeen heeft, is dat zij ruwweg in drie fasen te verdelen zijn. In de eerste fase (indammen en mitigatie) is het bestrijden van de epidemie dominant en proberen we met flankerend beleid de schade te beperken.

In de tweede fase (beheersing) is het virus onder controle door vaccinatie en opgebouwde immuniteit en komt er, vanuit het oogpunt van volksgezondheid, meer ruimte om contact beperkende maatregelen af te bouwen. Aan het einde van deze fase ontstaat een beheersbare endemische situatie (de ziekte blijft dan voorkomen in dit gebied) waarbij een groot aantal maatregelen losgelaten kunnen worden.

In de derde en laatste fase (adaptatie) is de gezondheidscrisis ten einde gekomen, zal de endemische aanwezigheid van corona weliswaar aandacht blijven vragen maar kan de aandacht vrijwel volledig gericht worden op het herstellen van de economie, de samenleving en de zorg. Dan zijn dus economie en samenleving dominant en vindt virusbestrijding nog beperkt en op de achtergrond plaats. Kort samengevat verschuift met deze fasen het accent van virusbestrijding naar ruimte

voor economie en samenleving. Daarbij wordt de systematiek van de routekaart gevolgd voor het doorvoeren van versoepelingen.

Uitleg beelden

In deze brief beschrijf ik drie beelden die het kabinet gebruikt om zich voor te bereiden op het mogelijke verloop van de crisis. Alle beelden zijn gebaseerd op realistische aannames op de belangrijkste *niet-beïnvloedbare factoren* (zie tekstkader) en bevatten een schets over de manier waarop de epidemie zich de komende maanden kan ontwikkelen. De aannames worden zichtbaar gemaakt en de verbanden geduid. Tenslotte schets ik na elk beeld het beleid om het virus eronder te krijgen en om de schade voor volksgezondheid, economie en

samenleving zo gering mogelijk te houden. Daarbij ga ik in op de vraag hoe het beleid inspeelt op wat er op ons afkomt, en hoe we anticiperen op eventuele vereiste aanpassingen in het beleid.

De werkelijkheid is complex

Het verloop van de epidemie wordt beïnvloed door een groot aantal factoren. Een deel van deze factoren is te beïnvloeden door ons gedrag en het beleid dat we voeren. Op andere factoren hebben we echter weinig tot geen invloed. Hierna schets ik de gevolgen wanneer wijzigingen optreden in één of meerdere van deze beïnvloedbare en niet-beïnvloedbare factoren.

Niet-beïnvloedbare factoren

Bij de beelden zijn de belangrijkste niet-beïnvloedbare factoren gevarieerd. Dit zijn factoren die sterk bepalend zijn voor het verloop van de epidemie, maar die niet of maar beperkt (op korte termijn) te beïnvloeden zijn. Die zijn dus een gegeven. Het gaat dan om:

- de besmettelijkheid van nieuwe virusvarianten, hoe besmettelijker een virus is des te sneller verspreidt het zich onder de bevolking.
- de mate waarin vaccins werkzaam zijn tegen nieuwe virusvarianten en waarin immuniteit door een doorgemaakte infectie werkt
- de mate waarin vaccins overdracht van het virus kunnen verminderen. Als de transmissie sterk wordt geremd is dat gunstig omdat hierdoor de virusverspreiding door vaccinatie wordt geremd.
- het tempo van de vaccinleveringen. De leveringen bepalen het tempo van de vaccinaties.

Een korte omschrijving van deze factoren is opgenomen in de bijlage. (Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl)
De optelsom van de niet-beïnvloedbare factoren bepaalt uiteindelijk de verwachte effecten per beeld bij gelijkblijvend beleid.

Op dit moment zijn drie beelden verkend die hierna beschreven worden.

Het startpunt in alle beelden is de huidige situatie in Nederland. Er zijn momenteel ongeveer 100.000 besmettelijke mensen die het virus kunnen overdragen.

Achtereenvolgens ga ik hierna in op:

- Beelden
    1. Beheerst de crisis uit (basisscenario)
    2. Versneld de crisis uit
    3. Vertraagd de crisis uit
- Impact per beeld
- Beïnvloedingsmogelijkheden
    1. Bestrijding epidemie
    2. Flankerend beleid
    3. Herstelplan
- Vervolg scenario-ontwikkeling

Beeld 1. Beheerst de crisis uit (basisbeeld)

De verspreiding van het oorspronkelijke virus (de klassieke variant) loopt, onder druk van de maatregelen en de concurrentie van de Britse variant, snel terug. Belangrijk kenmerk van de Britse variant is dat deze besmettelijker is en zich daardoor sneller verspreidt. Ondertussen zijn er nieuwe varianten uit Zuid-Afrika en Brazilië aangetroffen waarvan nog onduidelijk is in hoeverre die de komende maanden terrein zullen winnen. In dit beeld wordt aangenomen, hoewel dat voor de Zuid-Afrikaanse variant onzeker is, dat vaccins voldoende effectief blijven tegen nieuw opkomende varianten om negatieve gezondheidseffecten te beperken en de overbelasting van de zorg tegen te gaan.

De komende maanden zal het verloop van de epidemie dan vooral worden bepaald door de eigenschappen van de Britse variant en het huidige beleid (maatregelenpakket, testen, traceren en isoleren en vaccinatiebeleid) en de naleving ervan. In dit beeld wordt het bestaande vaccinatiebeleid uitgevoerd en het bijbehorende leveringsschema grotendeels gerealiseerd. De werkzaamheid van de vaccins is redelijk tot goed. Dat betekent dat vaccins tegen (ernstige) ziekte en sterfte beschermen. Aangenomen wordt dat de transmissie gedeeltelijk geremd wordt. Nadat het virus meer onder controle is, komt de aanpak in een andere fase. In fase 2 ontstaat gecontroleerd maar gestaag meer ruimte voor de samenleving en de economie.

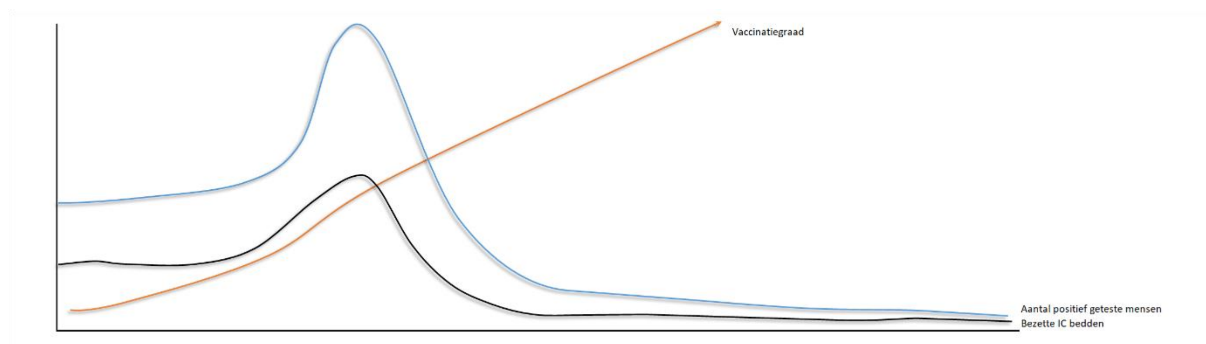
Verwachting

Momenteel is het reproductiegetal rond de 1 met een steeds groter aandeel Britse variant. Dit is in lijn met de ramingen van het RIVM (per 2 maart 2021). Hierdoor zal het aantal positief geteste personen dat de afgelopen periode was gedaald na een korte periode van stabilisatie weer opgelopen is, verder stijgen. De verwachting is dat de stijging over ettelijke weken zal versnellen. Het aantal ziekenhuisopnamen volgt een soortgelijk patroon, met een vertraging van ruim van een week. De IC-opnames volgen daar weer enkele dagen achteraan. De verwachting is dat de piek van het aantal besmettingen medio april zal liggen; de top van de bezetting van de IC-bedden wordt tweede helft april verwacht. Ook de bezetting van (tijdelijke) bedden buiten het ziekenhuis zal oplopen. Tegelijkertijd is de verwachting dat aan het begin van de lente (begin april) de bewoners van verpleeghuizen, kleinschalige woonvormen, instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking en de oudste thuiswonenden, alsook degenen die voor hen zorgen zich hebben kunnen laten vaccineren. De vaccinatie van de oudere thuiswonenden en van de groep van 60 tot en met 64 jaar en ook de kwetsbare mensen jonger dan 60 jaar is op dat moment gaande of volgt (voor specifieke doelgroepen) spoedig.

Volgens dit beeld (er is rekening gehouden dat een klein deel van de vaccins later wordt geleverd) is aan het begin van de zomer (begin juli) heeft het grootste deel van alle volwassenen die gevaccineerd willen worden in ieder geval 1 vaccinatie gekregen en een fors deel volledig is gevaccineerd.

In navolging van de oplopende vaccinatiegraad daalt naar verwachting het aantal sterfgevallen. Dit zien we de afgelopen weken al terug in de verpleeghuizen en instellingen voor gehandicaptenzorg.

De verwachting is dat vanaf begin mei, met een doorloop tot eind juni, het aantal COVID-patiënten op de IC afneemt. In figuur 1 is een versimpelde weergave opgenomen van dit basisbeeld. Zoals gezegd: dit beeld gaat er van uit dat de komende periode sprake blijft van een vergelijkbaar maatregelenniveau als



momenteel (lockdown).

Figuur 1. Effecten van het basisbeeld

Dat de verspreiding van het virus weer afneemt wordt veroorzaakt door een combinatie van factoren. De belangrijkste factor bij het in bedwang houden van het virus is, zolang de vaccinatiegraad nog ontoereikend is, de naleving van de regels. Een tweede factor is de toenemende immuniteit door het doormaken van de infectie. Dit verklaart waarom na een nieuwe stijging van het aantal besmettingen, er een daling volgt in de druk op de zorg. Meer mensen hebben op dat moment antistoffen en cellulaire immuniteit aangemaakt en zijn daarmee beschermd. Tenslotte zijn de oplopende vaccinatiegraad en het seizoenseffect van belang. Tot slot passen mensen ook zelf hun gedrag aan op basis van hun eigen risicobelevingen. Hoe ernstiger ze de situatie vinden, hoe voorzichtiger ze zullen zijn met hygiëne en contact (en vice versa).

Het coronavirus verdwijnt echter niet meer volledig. Het virus zal soms sluimerend aanwezig zijn en lokaal kunnen opvlammen. Als lokaal sprake is van een concentratie van ongevaccineerde personen, dan kunnen op kleinere schaal nog uitbraken plaatsvinden. Door nieuwe varianten van het virus kan de ziektelast weer toenemen. De ernst hiervan is moeilijk te voorspellen. Met een vaccinatieprogramma kunnen de gevolgen waarschijnlijk worden beheerst.

Tot slot:
Vanaf eind mei ontstaat in dit beeld –bij het toepassen van de routekaart- ruimte voor versoepeling en start daarmee fase 2. Vanaf de zomer kan in dit beeld fase 3 starten. De ruimte voor samenleving en economie blijft dan beschikbaar en herstel krijgt dan vorm.

Beeld 2. Versneld de crisis uit
De Engelse variant neemt binnen dit beeld het wel over van de oorspronkelijke variant, maar in een lager tempo. Dit komt doordat de mate waarin deze besmettelijker is meevalt ten opzichte van de schatting waarmee in beeld is gewerkt. Ook verschijnen in dit beeld geen andere besmettelijkere varianten. De werkzaamheid van de vaccins is goed (ook tegen eventuele virusmutaties) en gevaccineerden zijn, als zij het virus oplopen, nog maar weinig besmettelijk na vaccinatie omdat de transmissie na vaccinatie sterk wordt geremd.

De leveringen gaan vanaf half maart volgens schema en nieuwe vaccins worden toegelaten en hebben een hoge werkzaamheid.

Het effect van het openen van de scholen en buitensporten tot 27 jaar op het aantal besmettingen valt mee in dit beeld, mogelijk doordat relatief veel jongeren al een zekere immuniteit hebben opgebouwd. Ook wordt in dit beeld aangenomen dat de effecten van versoepelingen, zoals het weer gedeeltelijk en onder voorwaarden openen van de detailhandel en horeca, beperkt zijn. Bij besmettingen en klachten wordt veel getest waardoor de verspreiding wordt ingedamd. Ook gunstige weersinvloeden remmen in dit beeld de verspreiding af. De naleving van de maatregelen is goed, wat sterk bijdraagt aan het terugdringen van het virus. Doordat het virus sneller onder controle komt, kan fase 1 sneller worden afgerond. In fase 2 krijgen de samenleving en de economie vervolgens gecontroleerd maar gestaag meer ruimte.

Verwachting
Doordat in dit beeld de Rt-waarde na een tijdelijke opleving rond of onder de 1 komt te liggen, zal het aantal besmettingen lager liggen dan in beeld 1. Doordat minder mensen besmet worden, daalt het aantal personen dat vanwege klachten in het ziekenhuis opgenomen moet worden en uiteindelijk op de IC belandt. Het aantal IC-opnames zal eerst enigszins stijgen en daarna gestaag dalen. Daarnaast

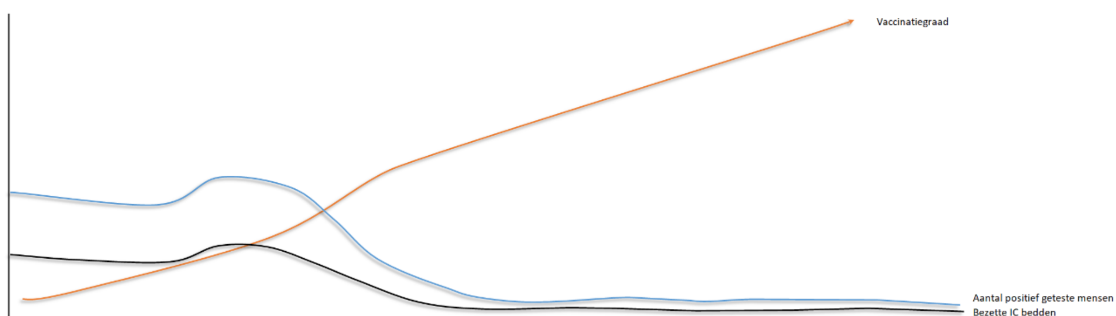
kunnen positieve ontwikkelingen in de vaccinleveringen (zowel qua omvang als effectiviteit) bijdragen aan versnelde bescherming van kwetsbare groepen, waardoor het tempo van de daling toeneemt. De belasting op de zorg en de sterfte zullen dan ook verder teruglopen. Omdat in dit beeld transmissiereductie aanzienlijk is, leidt dit ook tot minder besmettingen.

Tegelijkertijd is de verwachting dat aan het begin van de lente (begin april) de bewoners van verpleeghuizen, kleinschalige woonvormen, instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking en de oudste thuiswonenden, alsook degenen die hen verzorgen zich hebben kunnen laten vaccineren. De vaccinatie van de oudere thuiswonenden en van de groep van 60 – 64 jaar en ook de kwetsbare mensen jonger dan 60 jaar is op dat moment gaande of volgt (voor specifieke doelgroepen) spoedig.

De planning is dat in dit beeld, zonder problemen met de leveringen, aan het begin van de zomer (begin juli) ten opzichte van het beeld gecontroleerd de crisis uit' een nog groter aandeel van de volwassen die gevaccineerd willen worden volledig is gevaccineerd en in ieder geval 1 vaccinatie is gekregen.

In navolging van de oplopende vaccinatiegraad daalt naar verwachting het aantal sterfgevallen sneller.

De verwachting is dat vanaf april, met een doorloop tot en met mei, het aantal COVID-patiënten op de IC afneemt, net als de bezetting van (tijdelijke) bedden buiten het ziekenhuis. In figuur 2 is een versimpelde weergave opgenomen van dit beeld.



Figuur 2. Effecten van het beeld 'Versneld de crisis uit'

Dat de verspreiding van het virus weer afneemt wordt veroorzaakt door een combinatie van factoren. De belangrijkste factor bij het in bedwang houden van het virus is, zolang de vaccinatiegraad nog ontoereikend is, de naleving van de regels.

Een tweede factor is de toenemende immuniteit door het doormaken van de infectie. Dit verklaart waarom er na een minimale stijging van het aantal besmettingen, er een daling volgt in de druk op de zorg. Meer mensen hebben op dat moment antistoffen aangemaakt en zijn daarmee tijdelijk beschermd. Onzeker is hoelang deze bescherming aanwezig blijft. Tenslotte zijn de oplopende vaccinatiegraad en het seizoenseffect van belang.

Tot slot:
In dit beeld zal de overgang van fase 2 naar fase 3 eerder plaatsvinden. Fase 1 duurt ongeveer even lang, maar kent een minder hoge piek in het aantal besmettingen en het aantal bezette IC-bedden.

Beeld 3. Vertraagd de crisis uit

Nieuwe virusvarianten krijgen de overhand

Net als in het basisbeeld loopt de verspreiding van het oorspronkelijke virus (de klassieke variant), onder druk van de maatregelen en de concurrentie van nieuwe varianten, snel terug. In dit beeld vormen nieuwe varianten echter een steeds groter aandeel van het aantal besmettingen in Nederland. Nieuwe varianten nemen het dus geheel over.

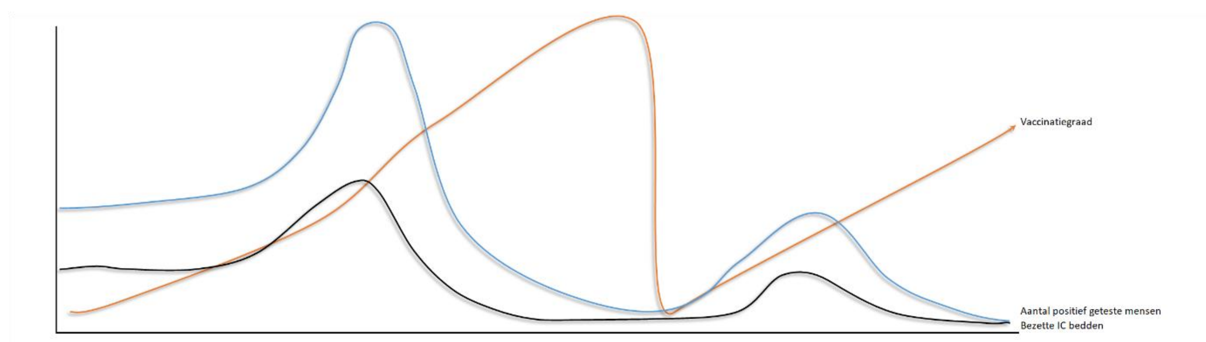
In het beeld ‘vertraagd de crisis uit’ wordt uitgegaan van een situatie waarin controle houden over het virus onvoldoende lukt, ondanks dat steeds meer mensen gevaccineerd worden, de testcapaciteit vergroot wordt en het traceren en isoleren van besmette personen plaatsvindt. Dit heeft te maken met mutaties van het virus die niet herkend worden door antistoffen die zijn ontstaan door de huidige variant van het virus of door bestaande vaccinaties. Hierdoor werken de vaccinaties dus niet of minder goed tegen nieuwe varianten. Ook de besmettelijkheid van deze nieuwe varianten is hoger dan van de Britse variant. Bovendien neemt de naleving van de maatregelen af omdat de samenleving Corona-moe is en mensen de negatieve consequenties van het beleid te zwaar vinden om nog langer te dragen. Protesten en acties tegen de maatregelen nemen hierbij toe en het lukt mogelijk niet om het gevoel van urgentie terug te krijgen.

Verwachting

Het besmettingsniveau blijft hoger dan in de vorige beelden. Bovendien krijgt de samenleving in de tweede helft van 2021 door de introductie van verschillende mutaties van het virus opnieuw met een besmettingsgolf te maken. De COVID-gerelateerde sterfte volgt daarbij deze golfbeweging. De belasting van de zorg met COVID-patiënten was wel gedaald maar minder dan in de andere twee beelden en

stijgt dan opnieuw naar een relatief hoog niveau. Er is epidemiologisch gezien weinig ruimte voor versoepeling van de maatregelen. Door de nieuwe stijging van het aantal besmettingen raakt het bron- en contactonderzoek overbelast en is daardoor verminderd effectief.

Doordat bestaande vaccins niet meer bruikbaar zijn zodra de ‘klassieke variant’ grotendeels verdreven is, zal de vaccinatiestrategie dan wijzigen. Voor de nieuwe varianten zullen bestaande vaccins moeten worden aangepast, of nieuwe vaccins moeten worden ontwikkeld. De vaccinatiegraad voor de ‘klassieke’ variant is dan niet zo relevant meer en er vindt een nieuwe opbouw van de vaccinatiegraad plaats gericht op bestrijding van de nieuwe variant(en). De vaccinatiegraad is daarbij afhankelijk van de mate waarin eventuele nieuwe vaccins werkzaam zijn tegen nieuwe varianten en de hoeveelheid mensen die bereid is om zich te laten vaccineren. Ook de beschermingsduur van de vaccins speelt hierbij een rol.



Figuur 3. Effecten van het beeld ‘Vertraagd de crisis uit'

Dat de verspreiding van het virus na de vierde golf (2de helft 2021) afneemt wordt veroorzaakt door deels dezelfde factoren als bij de derde golf. De belangrijkste factor bij het in bedwang houden van het virus is de naleving van de regels. Een tweede factor is de toenemende immuniteit door het doormaken van de infectie. Dit verklaart waarom er na een nieuwe stijging van het aantal besmettingen, er een daling volgt in de druk op de zorg. Meer mensen hebben op dat moment antistoffen aangemaakt en zijn daarmee beschermd. Afhankelijk van de snelheid van de aanpassing van bestaande vaccins en/of de ontwikkeling van nieuwe vaccins, zal ook de vaccinatiegraad daar een bijdrage aan leveren.

Tot slot:

Als dit beeld werkelijkheid wordt brengt dit nieuwe vraagstukken met zich mee waar in het kader van deze verkenning nog geen antwoord op te geven is. Zo zal de samenleving dan de dialoog moeten aangaan over hoe de levens van burgers in te richten als opnieuw de belasting van de zorg door COVID sterk toeneemt en dat alleen met strikte maatregelen is te beheersen. Hoe blijft de samenleving leefbaar?

Impact per beeld
De epidemie heeft een grote impact op veel verschillende aspecten van onze samenleving. Voor het bepalen van de impact van de epidemie in verschillende beelden worden de volgende twee aannames gedaan, namelijk ten eerste dat het huidige kabinetsbeleid wordt voortgezet en ten tweede dat de impact van de epidemie op de terreinen volksgezondheid, economie en samenleving in de toekomst ongeveer hetzelfde is als in het verleden.

Omdat er grote overeenkomsten zijn qua impact tussen beeld 1. '*Beheerst de crisis uit*' en beeld 2. '*Versneld de crisis uit*', worden deze beelden samen beschreven. Het enige verschil tussen deze twee beelden is dat de impact in beeld 2 kleiner is dan in beeld 1, omdat de epidemie in dit beeld sneller onder controle is. Er kan dan ook eerder van fase 1 (mitigatie) naar fases 2 (beheersing) en 3 (herstel) worden overgegaan. De impact van beeld 3. '*Vertraagd de crisis uit*' wordt separaat beschreven, omdat deze significant anders is dan die van de eerste twee beelden en strategieën hiervoor nog ontwikkeld worden.

<u>Beeld 1. 'Beheerst de crisis uit' en beeld 2. 'Versneld de crisis uit'</u>
Zoals hierboven geschetst, zal zich in deze beelden eerst op korte termijn de derde golf voltrekken. De hoogte is onzeker, de mate van opvolging van de maatregelen heeft hier invloed op. Na de derde golf zal de epidemiologische situatie structureel verbeteren door gezamenlijke inzet van testen en traceren, vaccineren en maatregelen. Dit heeft direct positieve effecten op de volksgezondheid. Mortaliteit, ziekenhuisopnames en verspreiding dalen geleidelijk (beeld 1) of snel (beeld 2). Hierdoor kunnen geleidelijk (beeld 1) of versneld (beeld 2) versoepelingen doorgevoerd worden zonder dat de zorg overbelast raakt of medisch kwetsbaren in gevaar gebracht worden. Waakzaamheid blijft noodzakelijk, maar met de juiste voorzorgsmaatregelen krijgen de economie en de maatschappij steeds meer ruimte. In beeld 1 zal vanaf half mei fase 2 bereikt kunnen worden en begin jullie fase 3. Ten slotte moet vermeld worden dat in deze beelden verwacht wordt dat de meeste mensen zich, zoals nu, aan de regels blijven houden. Maar de lasten van de maatregelen zijn en blijven zwaar. En er zal een brede behoefte blijven aan een

duidelijke koers, perspectief, en een eerlijke verdeling van lasten. Het kabinet herkent en erkent deze behoefte. Daarom werkt het kabinet met de routekaart COVID-19 om duidelijkheid te scheppen over de te nemen stappen bij het op- of afschalen van maatregelen. Ook werkt het kabinet aan het bieden van perspectief aan de samenleving door te onderzoeken hoe de beschikbare ruimte voor versoepelingen vergroot kan worden en hoe verlichting op maatregelen kan komen die zwaar vallen. Hoewel iedereen zijn best doet, is nog steeds veel winst te behalen door een betere naleving van de basismaatregelen. In de vorige kamerbrief is daarom ook aangekondigd dat het kabinet zich inzet om te komen tot een samenhangende strategie voor gedragsondersteuning. Als meer mensen zich houden aan de basismaatregelen komt er enige ruimte om zwaardere maatregelen al in fase 1 te verminderen. Tot slot werkt het kabinet aan een eerlijke verdeling van lasten door een integrale afweging te maken bij het op- of afschalen van maatregelen en schade te compenseren met steunpakketten en flankerend beleid.

De brede gevolgen hiervan zijn dat de negatieve effecten voor volksgezondheid, economie en maatschappij steeds meer afnemen. Mogelijk zijn bepaalde versoepelingen al mogelijk in fase 1 als de terugdringing van het virus soepel verloopt. In elk geval zullen maatregelen versoepeld worden in fase 2. In fase 2 zal mogelijk geleidelijk door consumptie aangedreven herstel optreden en het consumentenvertrouwen herstellen. Bedrijfsinvesteringen zullen zich mogelijk trager herstellen, vanwege omzetverliezen en hogere schuldenlasten in sectoren die al geruime tijd door de pandemie worden getroffen. Daarom moet na de exit uit de crisis in fase 3 aandacht besteed worden aan het herstel van de economie. De crisis blijft wel tot het einde van fase 2 waarschijnlijk zorgen voor maatschappelijke schade. Deze schade neemt structureel af naarmate we meer maatregelen kunnen versoepelen, maar tot alle maatregelen volledig zijn opgeheven zullen kwetsbare groepen geraakt worden. Sommige opgelopen schade (onderwijs, armoede, leefstijl en geestelijke gezondheid) is met het einde van de crisis niet opgelost. Daarom moeten na de exit uit de crisis in fase 3 aandacht besteed worden aan herstel en heling.

<u>Beeld 3. ‘Vertraagd de crisis uit</u>

Zoals hierboven geschetst, zal in dit beeld de epidemiologische situatie voor een langere periode op een ernstig niveau blijven dan wel variëren maar geen structurele verbetering laten zien ten opzichte van het heden. De COVID-zorg zal als gevolg hiervan geruime tijd op maximumcapaciteit moeten draaien. Dit leidt tot aanvullende gezondheidsschade en meer mensen zullen overlijden aan COVID-19. Ook zal naar verwachting indirecte gezondheidsschade optreden omdat mensen zorg mijden en behandelingen uitgesteld moeten worden. Daarnaast zullen negatieve levensstijleffecten verder ontwikkelen. Deze effecten zullen ook gaan leiden tot ernstige schade aan de volksgezondheid op de lange termijn. Ook neemt op korte termijn de psychische schade verder toe. Daardoor kan een versterkend effect ontstaan: een besmettelijk virus is op hoog niveau aanwezig en de naleving

van de maatregelen neemt af. Ten slotte moet vermeld worden dat in dit beeld verwacht wordt dat het heel moeilijk gaat zijn voor mensen om zich aan de maatregelen te blijven houden. De lasten van de maatregelen zijn en blijven namelijk zwaar. En de brede behoefte aan een duidelijke koers, aan perspectief, en aan een eerlijke verdeling van lasten zal steeds groter worden. Het kabinet herkent en erkent deze behoefte. Als dit beeld werkelijkheid wordt is er een bezinning nodig op de aanpak. Het doortrekken van de huidige aanpak bij dit beeld heeft grote consequenties voor economie, overheidsfinanciën, maatschappelijke effecten zoals onder andere leervertragingen, sociale ontwikkeling van jeugd en jongeren, eenzaamheid en levensstijl. Daarom zal het kabinet in dit beeld, extra inzetten op met elkaar de dialoog aangaan over hoe het leven eruit zou moeten zien in een samenleving waarin virus langer actief blijft en maatschappelijke schade toebrengt. En vooral te verkennen hoe tot een nieuwe weging van belangen kan worden gekomen en een daarbij passend pakket maatregelen.

Beïnvloedingsmogelijkheden
De beelden zijn geen voorspelling van hoe de toekomst eruit zal zien, maar schetsen mogelijke toekomsten. Deze beelden helpen om te toetsen of we voorbereid zijn op huidige en toekomstige uitdagingen, langs de lijn van het bestrijden van de epidemie en op het gebied van economie, sociaal-maatschappelijk en zorg. Waar we op een aantal ontwikkelingen weinig invloed hebben, geldt dat wel op het beleid en de opvolging hiervan.

1. <u>Bestrijding epidemie</u>

Testen, traceren en isoleren

Zicht houden op het virus is onmisbaar. De snelle introductie van nieuwe varianten onderstreept dit belang. Daarvoor bestaan verschillende instrumenten. Een van de belangrijkste instrumenten is het testbeleid waarmee het virus wordt opgespoord. Via het testbeleid bestaat zicht op de verspreiding van het virus en de vestiging van nieuwe varianten. Onderdeel van dit testbeleid is de sequencing van afgenomen testen om de herkomst en verspreiding van bepaalde stammen in het oog te houden. Ook het rioolwater wordt gemonitord. De communicatie om op te roepen zich te laten testen is geïntensiveerd.

In alle drie beelden is testen & traceren van belang. In het eerste beeld (*Beheerst de crisis uit)* ligt de nadruk op het opsporen en terugdringen van het virus en op het openen van de samenleving. Met veel testen waaronder ook door (begeleide)

zelfafname, kan de samenleving meer ruimte krijgen om veiliger deel te nemen aan het sociale leven, veiliger werken en veiliger studeren. De komende maanden wordt hier sterk op ingezet. In het tweede beeld (*Versneld de crisis uit*) blijft het opsporen en terugdringen van het virus ook van belang. De nadruk op testen om de samenleving te openen zal minder groot zijn, omdat de structurele oplossing dan sneller bereikt wordt. In beeld 3 (*Vertraagd de crisis uit*) is testen essentieel om lokale besmettingshaarden tijdig op te sporen en besmette personen zo spoedig mogelijk te isoleren. Ook het snel opsporen van nieuwe varianten via sequencing heeft dan prioriteit. De verspreiding ligt dan immers hoger, dus pogingen moeten maximaal gericht zijn op het indammen van het virus. Als er weer hoge aantallen besmettingen zijn kan het testen voor toegang het mogelijk maken om bijv. sport- en jeugdactiviteiten, horeca, culturele instellingen en evenementen toch in bepaalde mate door te laten gaan. Daarnaast kan door op grote schaal gebruik te maken van zelftesten onderlinge sociale contacten, het sociale leven, werk en studeren zo veilig mogelijk worden vormgegeven.

Vaccineren

Om de crisis zo snel mogelijk achter ons te laten is het belangrijk dat zoveel mogelijk Nederlanders zich laten vaccineren tegen het coronavirus. De vaccinatiestrategie van het kabinet richt zich op het voorkomen van zoveel mogelijk (ernstige) ziekte en sterfte als gevolg van het coronavirus. Conform de adviezen van de Gezondheidsraad is gestart met het vaccineren van de meest kwetsbaren en de zorgmedewerkers die voor hen zorgen. Hierover heb ik u in mijn vorige brieven geïnformeerd. Binnen de groep kwetsbare mensen gaat de aandacht allereerst uit naar de oudste leeftijdsgroepen, omdat ziektelast en sterfte onder deze groepen het hoogst zijn. De Gezondheidsraad geeft namelijk aan dat het risico op een ernstig beloop voor 60-jarigen 2,5 tot 5 maal hoger is, voor 70-jarigen 6 tot 9 maal hoger en voor 80-jarigen en ouder 11 tot 21 maal hoger, ten opzichte van mensen jonger dan 60 jaar.

Op dit moment zijn drie vaccins tegen het coronavirus beschikbaar, die worden ingezet bij verschillende groepen kwetsbaren en medewerkers in de zorg. Het kabinet vindt het van belang dat binnen de vaccinatiestrategie ook aandacht is voor de zorgcontinuïteit, die reeds onder druk staat door een hoog ziekteverzuim en door de opkomst van nieuwe virusvarianten. De Gezondheidsraad heeft in eerdere adviezen aangegeven dat vaccins gebruikt kunnen worden ten behoeve van de zorgcontinuïteit. Daarbij wordt wel steeds gekeken voor welke groepen de vaccins geschikt zijn en hoe de (beperkt) beschikbare vaccins zo effectief mogelijk kunnen worden ingezet.

De grootste onzekerheid is het ontstaan en de verspreiding van de nieuwe varianten van het virus. De vaccins werken bij de varianten die we nu kennen, maar

de vaccins werken niet bij elke variant even goed. Het kan dus zijn dat er de komende maanden een nieuwe variant ontstaat waarbij de vaccins slecht werken. In dat geval is er een aangepast vaccin nodig en kan het nodig zijn dat mensen zich opnieuw moeten laten vaccineren tegen het virus, of dat een booster-vaccinatie nodig is om een goede afweerrespons op te wekken. Het aanpassen van vaccins die gebaseerd zijn op mRNA-technologie lijkt snel mogelijk te zijn. Gezien het endemische karakter moet de overheid en de samenleving zich in alle beelden voorbereiden op leven met COVID. Onderdeel hiervan is mogelijk een doorlopend vaccinatieprogramma ter bescherming tegen het coronavirus. Voor welke doelgroepen dit nodig is en in welke frequentie wordt nader onderzocht.

Als beeld 3 (Vertraagd de crisis uit) zich voordoet, dan neemt het belang van de contacten met de vaccinontwikkelaars verder toe. Het gaat dan zowel om de ontwikkeling van nieuwe (of aangepaste) vaccins als om de leveringsafspraken voor de bestaande vaccins. Ook blijft voortvarendheid in de beoordelingswerkwijze van het EMA dan onverminderd nodig.

Maatregelen

De inzet is om de huidige maatregelen zo snel als het kan af te schalen. Zolang vaccinatie maatregelen nog niet overbodig maakt, steunt het beleid om de epidemie eronder te houden op gedrag van mensen. Bij het afschalen hanteren we de routekaart die we periodiek herzien. In beeld 1. *Beheerst de crisis uit* zijn strikte maatregelen tot in mei naar verwachting nodig en de ruimte voor versoepelingen beperkt (fase 1). In dit beeld is het dus mogelijk om in de periode half mei tot begin juli de maatregelen stap voor stap af te schalen. In deze tweede fase komt er steeds meer ruimte voor de samenleving. In de zomer kunnen dan de meeste maatregelen ingetrokken zijn en is er alle ruimte voor economische, maatschappelijke en sociale activiteiten en herstel.

In beeld Versneld de crisis uit worden fase 2 en 3 eerder bereikt.

In beeld 3 staat het kabinet en de samenleving voor belangrijke keuzes: Er is een nieuwe weging nodig van de belangen en er is behoefte aan het tegen het licht houden van de instrumenten om het bestrijden van de verschillende crises (gezondheid, economie en maatschappelijk en mentaal) in samenhang vorm te geven.

Strategie voor gedragsondersteuning

Om de naleving van de basismaatregelen te bevorderen heeft het kabinet een samenhangend pakket voor gedragsondersteuning ontwikkeld. Op basis van de RIVM gedragsonderzoeken is gekozen voor gedragingen waarop relatief veel winst valt te behalen. Het gaat dan om gedragsondersteuning om 1,5 m afstand te

houden, te testen bij klachten, thuis te werken en te vaccineren. Een team van gedragsexperts heeft verschillende interventies ontwikkeld en op effectiviteit getest. Bij gebleken effectiviteit worden de interventies op zo groot mogelijke schaal toegepast. Bij de grootschalige toepassing zal een taskforce mede zorgdragen voor een goede lokale en sectorale inbedding. De samenstelling van deze taskforce zal binnenkort bekend worden gemaakt.

2. Flankerend beleid

Economische en maatschappelijke steunpakketten

De COVID-19-epidemie heeft, zoals eerder vermeld in deze brief, grote maatschappelijke en economische gevolgen. Het kabinet neemt daarom kennis van de briefadviezen van het CPB, het SCP, het PBL en de SER over deze gevolgen en verwerkt deze zo goed mogelijk in de beleidsvorming. In de besluitvorming hecht het kabinet waarde aan het maken van een integrale afweging. En het kabinet neemt rekenschap van de motie van het lid Segers c.s. (Kamerstuk 25 295, nr. 961) door integrale beeld's met handelingsperspectieven te ontwikkelen, en zich zo voor te bereiden op het vervolg van de crisis.

Zoals het SCP vaststelt, zijn er in feite drie crises tegelijkertijd te beheersen. We bevinden ons nu in fase 1 van de brede crisis. Naast de gezondheidscrisis direct door het virus zelf, zien we een economische en een sociaalpsychologische crisis. Sinds januari 2021 is het steunpakket uitgebreid met 7,6 miljard en later met nog eens 375 mln. (TVL cap-verhoging). Om de schade voor de economie zo klein mogelijk te houden, heeft het kabinet besloten tot een omvangrijk steunpakket van totaal bijna 75 miljard tot en met 2021[13]. Het kabinet heeft ook een Nationaal Programma Onderwijs: steunprogramma voor herstel en perspectief opgesteld om in fase 2 en 3 in 2021 en 2022 de leervertragingen in het onderwijs door Corona in te halen[14]. Hiervoor trekt het kabinet ruim 8,5 miljard uit. Met oog op de beheersing van de schade van de sociaalpsychologische crisis heeft het kabinet recentelijk €200 miljoen beschikbaar gesteld voor een maatschappelijk steunpakket gericht op sociaal en mentaal welzijn en een gezonde leefstijl[15], in aanvulling op de eerdere €60 miljoen). Dit pakket bestaat uit actielijnen gericht op (a) jeugd, (b) diverse andere kwetsbare groepen, zoals eenzame ouderen thuis, mensen met een licht verstandelijke beperking, dak- en thuislozen en mensen met psychische problemen en gevoelens van angst en zorg en (c) een gezonde leefstijl in het algemeen en aandacht voor nieuwe risicogroepen als gevolg van onder meer langdurig

[13] Kamerstuk 35 570, nr. 56
[14] Kamerstuk 355 70 III, nr. 185
[15] Kamerstuk 25 295, nr. 988

thuiswerken. Het pakket dat is samengesteld met de VNG en de relevante maatschappelijke partijen biedt bestaande lokale initiatieven de mogelijkheid om op te schalen. Het stelt lokale overheden in staat om samen met die maatschappelijke partijen maatwerk te leveren. In het bijzonder is er een belangrijke rol weggelegd voor de sport- en cultuursector. Het pakket loopt tot 31 december 2021.

Naast deze economische en maatschappelijke steunpakketten zet het kabinet ook in op herstel, vernieuwing en adaptatie in fase 3. Hieronder wordt daar verder op ingegaan.

3. <u>Herstelplan</u>

Het kabinet wacht met een herstelplan niet af tot de gezondheidscrisis is afgerond. Als we beter uit deze crises willen komen, is nu handelen noodzakelijk. Daarom is het kabinet een traject gestart om met de samenleving het gesprek te voeren over de gevolgen van de coronacrisis en de ideeën rondom een herstel- en vernieuwingsperspectief. Dan gaat het dus niet alleen om het herstel dat op tal van terreinen nodig is, maar ook om het vasthouden van de innovaties die tijdens de crisis in een stroomversnelling zijn geraakt. Dat doen we door in de periode tussen nu en mei ruim tachtig dialoogtafels met burgers, bedrijfsleven, wetenschap en middenveld te houden. Aan deze tafels gaan mensen met elkaar delen wat door de coronacrisis in de knel is gekomen, welke kansen zijn ontstaan en wat er nodig is om na de coronacrisis te herstellen. De ideeën kunnen *helpen* om problemen het hoofd te bieden, *inspireren* om te veranderen, *motiveren* om te vernieuwen. Voor onszelf, voor onze bedrijven, voor overheid en politici, voor de samenleving in de volle breedte. Dit zal vervolgens landen in herstel- en vernieuwingsplannen, niet alleen op rijksniveau, maar ook voor decentrale overheden, bedrijfsleven, individuen en maatschappelijke organisaties zelf.

De economie en de maatschappij moeten zich mogelijk aanpassen aan een wereld waarin COVID-19 endemisch is. We beginnen dit initiatief dan ook terwijl we nog middenin de crisis zitten. Want juist nu kunnen we nadenken over ons leven en de wereld waarin corona nog onder ons is, maar mogelijk niet zo schadelijk meer als nu. Voordat we ongemerkt teruggaan naar oude patronen. Sommige dingen zijn ingrijpend veranderd, zoals ideeën over wonen, mobiliteit en thuiswerken. Vaak wordt gezegd dat we het goede van de online samenleving moeten behouden. Uit eerste verkennende dialoogtafels met burgers komt daarnaast veel aandacht voor de positieve en negatieve ontwikkelingen rondom de thema’s bewust leven en kwaliteit van leven, gezondheid, onderwijs, natuur en milieu en samen leven.

Daarbij is ook specifiek aandacht voor bevolkingsgroepen in verschillende levensfasen. De komende maanden worden hier verdiepende gesprekken over gevoerd. Want nu is het moment om te bedenken hoe dit eruit zou moeten gaan zien na de crisis. Alleen samen met burgers, bedrijven, maatschappelijke organisaties, wetenschappers en (dwars)denkers kunnen we bedenken wat we beter willen en hoe we dat willen gaan doen. We willen beter uit de crisis komen.

Vervolg scenario-ontwikkeling
Met het opstellen van beelden is de voorbereiding op de toekomst nog niet afgerond. Beelden zijn immers geen toekomstvoorspellingen: het zijn schetsen van wat mogelijk is, niet van wat er daadwerkelijk zal gaan gebeuren. We gaan er nu vanuit dat het eerste beeld het meest waarschijnlijke is. We zullen echter periodiek moeten toetsen in hoeverre we die inschatting bij moeten stellen. Het is immers belangrijk om tijdig te signaleren welk beeld realiteit wordt. Dat vraagt om actieve monitoring en advisering. Het Kabinet gaat het OMT en de planbureaus daarover vragen te adviseren. In de driewekelijkse besluitvorming zal het kabinet vervolgens een beslissing nemen over deze adviezen.

Om voorbereid te zijn op beeld 3 wil het kabinet nadenken over alternatieve handelingsperspectieven en deze beoordelen op de maatschappelijke gevolgen. Ondertussen bereiden we herstel- en vernieuwingsbeleid voor en gaan we vanuit de hiervoor vermeldde dialoog met de samenleving daarvoor de komende maanden input verzamelen. De besluitvorming hierover is aan het nieuwe kabinet.

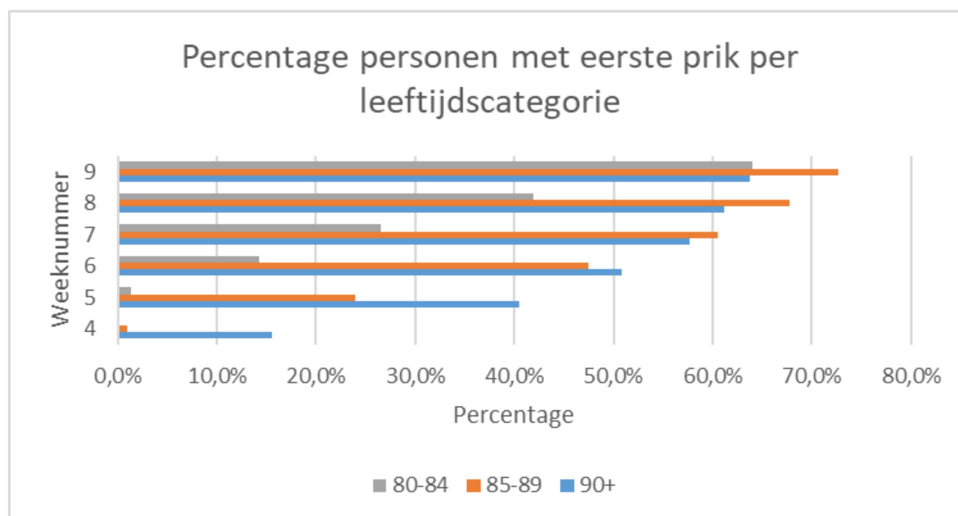
7. Vaccinatie

De vaccinatieoperatie begint zijn vruchten af te werpen. Terwijl in de landelijke cijfers een stijging van het aantal besmettingen te zien is, nemen deze in de verpleeghuizen en instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking juist flink af (zie bijlage)[16]. Dat is mooi en hoopvol nieuws. De verwachting is dat we vergelijkbare ontwikkelingen ook snel terug gaan zien bij de andere doelgroepen die nu gevaccineerd worden. Bij de groep thuiswonende 80-plussers zien we ook al eerste signalen dat het aantal besmettingen stabiliseert, waar die bij andere leeftijdsgroepen oploopt. Alles is erop gericht om zo snel mogelijk zo veel mogelijk mensen te beschermen tegen het coronavirus. In deze brief licht ik toe welke ontwikkelingen daar nog meer aan bijdragen.

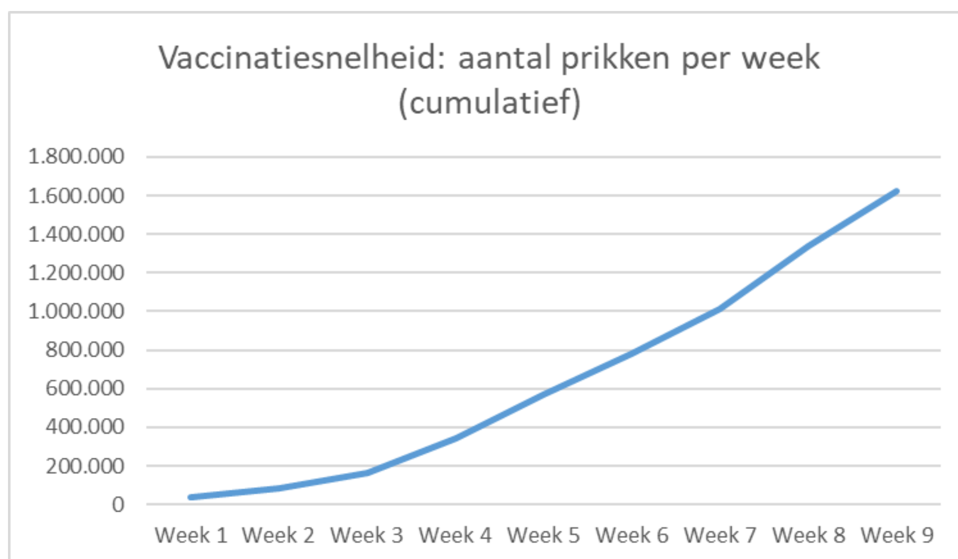
Op zondag 21 februari is de miljoenste prik gezet in Nederland (zie ook figuur 4). Afgelopen weekend hebben de eerste mensen uit de leeftijdsgroep 75 tot en met 79-jarigen een uitnodiging voor een vaccinatie ontvangen. Inmiddels zijn we hard op

[16] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

weg naar de twee-miljoenste prik binnen een maand na de eerste mijlpaal (zie figuur 5). Eind maart, begin april zetten we naar verwachting de drie-miljoenste prik. Er zijn tot en met 7 maart 1.207.904 eerste prikken gezet en ongeveer 409.135 tweede prikken.



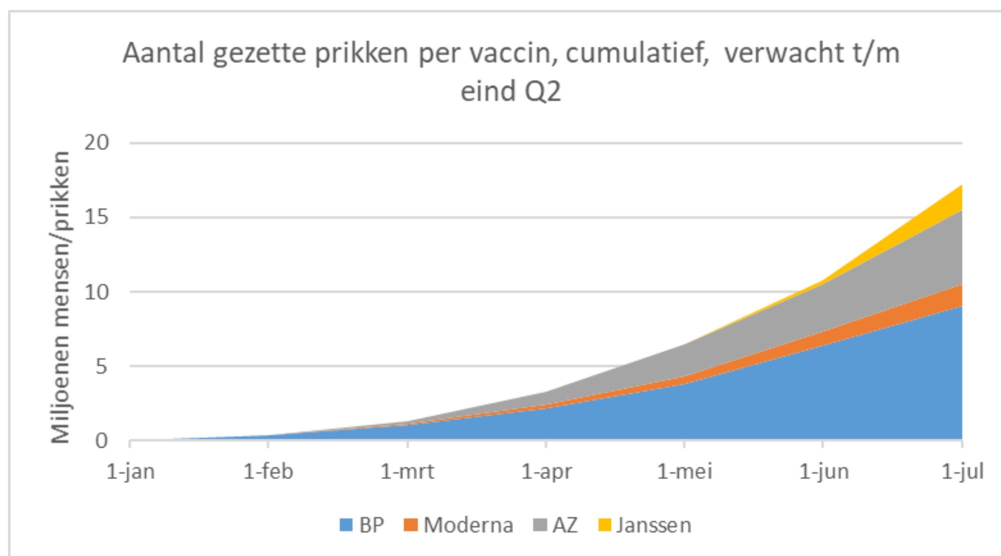
Figuur 4. Percentage personen met eerste prik per leeftijdscategorie per week (vanaf week 4).



Figuur 5. Vaccinatiesnelheid: cumulatief aantal prikken per week.

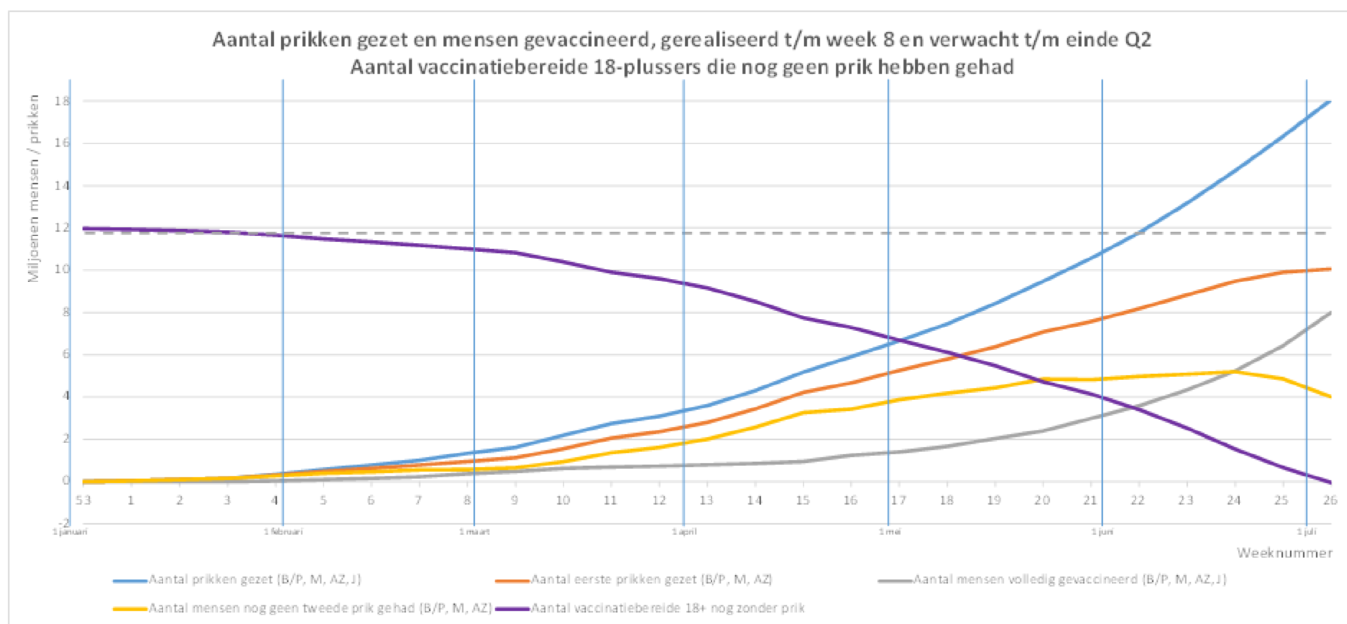
Vooralsnog is het aantal vaccins dat we beschikbaar hebben de belemmerende factor in het vaccinatietempo. Alles wijst erop dat deze hoeveelheden in de komende maanden sterk zullen toenemen, en dat is heel goed nieuws. Samen met de betrokken partijen werken we hard aan de voorbereidingen om deze vaccins ook zo snel mogelijk te kunnen toedienen. In het tweede kwartaal van dit jaar zal naar

verwachting een grote versnelling plaatsvinden, waardoor aan het eind van het tweede kwartaal ruim 17 miljoen prikken zijn gezet (figuur 6). Daarmee zouden dan ruim acht miljoen mensen volledig gevaccineerd kunnen zijn en nog eens drie miljoen mensen een eerste prik hebben ontvangen.



Figuur 6: Verwachte versnelling cumulatief aantal prikken per maand.

Op basis van de huidige leveringsverwachtingen en gerealiseerde vaccinaties, is de verwachting dat halverwege het jaar, dus eind week 26 (4 juli), 18,1 miljoen prikken gezet zullen zijn (zie figuur 7). Dan zijn 8,0 miljoen mensen volledig gevaccineerd. Het aantal mensen dat dan een eerste vaccinatie heeft gehad (en nog wel een tweede vaccinatie moet ontvangen) is dan naar verwachting ongeveer 4,0 miljoen. Dat betekent dat naar verwachting dan ongeveer 12,0 miljoen mensen volledig of gedeeltelijk zullen zijn gevaccineerd. Op basis van de huidige vaccinatiestrategie is gerekend met de groep 18-plussers, die bestaat uit zo'n 14,07 miljoen mensen (CBS StatLine, gegevens sept. 2020). Met een vaccinatiebereidheid van 85% zou dit betekenen dat halverwege het jaar alle 11,9 miljoen 18-plussers, die bereid zijn zich te laten vaccineren, gedeeltelijk of volledig gevaccineerd zijn.



Figuur 7. Aantal prikken gezet en mensen gevaccineerd.

Hoe zich deze cijfers ontwikkelen per maand is hieronder weergegeven in tabel 1.

Tabel 1. Aantal prikken gezet en mensen gevaccineerd

In miljoenen mensen / prikken	1 januari	1 februari	1 maart	1 april	1 mei	1 juni	1 juli
Aantal prikken gezet (B/P, M, AZ, J)	0	0,38	1,38	3,38	6,56	10,91	17,33
Aantal mensen volledig gevaccineerd (B/P, M, AZ, J)	0	0,04	0,40	0,77	1,38	3,16	7,33

Aantal mensen nog geen tweede prik gehad (B/P, M, AZ)	0	0,29	0,58	1,84	3,81	4,87	4,37
Aantal vaccinatiebereide 18+ nog zonder prik	11,96	11,63	10,98	9,35	6,78	3,93	0,26

Daarbij blijven we steeds afhankelijk van de beschikbaarheid van voldoende vaccins en de leveringen.

Aankoop vaccins en leveringen

Onderstaand vindt u als gebruikelijk de laatste stand van zaken aangaande de leveringen en aankopen.

Tabel 2. Indicatieve leveringscijfers komende weken

Weeknummer	BT/Pfizer	Moderna	AstraZeneca	*Totaal*
1 (04/01)	123.825*			*123.825*
2	154.050*	13.200		*167.250*
3	92.430			*92.430*
4	191.880	19.200		*211.080*
5 (01/02)	159.120		72.000	*231.120*
6	159.120	38.400	86.400	*283.920*
7	193.050		146.400	*339.450*
8	200.070	72.000	134.900	*406.970*
9 (01/03)	208.260		196.800	*405.060*
10	218.790		86.400	*305.190*
11	218.790	*96.000*	91.200	*405.990*
12	218.790		385.000	*638.790*
13 (29/03)	218.790	145.200	420.000	*783.790*
14	499.590		*205.000*	*704.590*

15	499.590	*105.000*	*205.000*	*809.590*
16	499.590		*205.000*	*704.590*
17 (26/04)	499.590	*150.000*	*205.000*	*854.590*
18	nnb	nnb	*235.000*	
19	nnb	nnb	*235.000*	
20	nnb	nnb	*235.000*	

** T/m week 2 is B/P geleverd als 5 doses per flacon, daarna als 6 doses per flacon.*

De gepresenteerde leveringen van AstraZeneca en Moderna betreffen vanaf week 14 schattingen (en zijn daarom grijs gemaakt). AstraZeneca heeft op 7 maart aangegeven dat de levering in week 10 iets verhoogd worden en in week 11 verlaagd, waardoor er in die weken in totaal 83.657 doses minder geleverd worden. Astra Zeneca geeft aan dat deze doses in de weken 12 en 13 nageleverd worden. Deze zijn verwerkt in de schatting voor die weken. De leveringen van AstraZeneca in week 12 en 13 zijn sowieso nog niet volledig bevestigd en kunnen dus nog veranderen. Dit is naast het hiervoor genoemde, afhankelijk van de vraag of AstraZeneca de voor Q1 aan de EU aangekondigde extra 9 miljoen vaccins, bovenop de al bevestigde leveringen, daadwerkelijk in Q1 zal kunnen leveren. Anders worden deze leveringen ongeveer 178.000 doses per week lager. De leveringen van AstraZeneca voor Q2 kunnen mogelijk ook hoger uitvallen indien leveringen uit andere delen van de wereld kunnen worden toegevoegd.

Tabel 3. Indicatief leveringsoverzicht per kwartaal (in miljoenen doses)

	Dec 2020	1Q 2021	2Q 2021	3Q 2021	4Q 2021	1Q 2022	Totaal
BionTech/ Pfizer	0,165	2,4	7,8	6,8	2,65		**19,8**
Moderna	0	0,4	1,4	5	7,4	-	**14,2**
AstraZeneca	0	1,5	4	6,2	-	-	**11,7**
CureVac	0	0	0	4	4	2,7	**10,7**
Janssen	0	0	3	6	2,3	-	**11,3**
Sanofi	0	0	0	0	5,85	5,85	**11,7**
Totaal	**0,165**	**4,3**	**16,2**	**28**	**22,2**	**8,55**	**79,4**

- *Het indicatieve leveringsschema van CureVac is op basis van recente informatie naar beneden bijgesteld.*
- *De onzekerheid rond de contracten van Valneva en Novavax is momenteel dusdanig, dat er voor wordt gekozen deze niet in dit leveringsoverzicht op te nemen.*
- *De leveringsverwachtingen van het Sanofi-vaccin zijn vooralsnog zeer onzeker.*

Het vaccin van Janssen heeft inmiddels in de VS, op basis van de *emergency use* wetgeving, markttoelating gekregen. Marktoelating in de EU wordt in de loop van maart verwacht. In de EU gaat het dan om een volledige toetsing en afgifte van een voorwaardelijke markttoelating. Leveringen van het Janssen vaccin worden, ondanks een markttoelating in maart, niet voor april verwacht. We hebben begrepen dat de leveringen met name in de tweede helft van het tweede kwartaal zullen komen. Dat is in lijn met hun eerdere toezeggingen hieromtrent.

Hierbij vraag ik ook graag uw aandacht voor signalen dat het vaccin van AstraZeneca in sommige landen minder goed zou worden gebruikt en dat de eventuele overschotten wellicht opgekocht kunnen worden. Dit zijn wij nagegaan bij de andere lidstaten. Op dit moment zijn er geen landen waar het AstraZeneca-vaccin niet gebruikt wordt of te koop zou zijn.

Ook wijs ik u graag op de toenemende druk op de leveringen van vaccins wereldwijd. Hierdoor wordt het moeilijker voor producenten om de hand te leggen op voldoende ruwe materialen en hulpmiddelen om vaccins te produceren. Dit komt enerzijds door schaarste, maar ook door beleidskeuzes in landen, bijvoorbeeld de inzet van de *National Defence Act* in de Verenigde Staten. Dit heeft helaas ook gevolgen voor de leveringen aan de EU en daarmee aan Nederland. Tegelijk heeft ook de EU een systeem van exportlicenties ingesteld. Het vraagt om voorzichtige stappen van alle betrokken partijen om de toegang tot materialen, hulpmiddelen en vaccins wereldwijd niet onnodig te verstoren.

Ten slotte is het EMA afgelopen week ook gestart met de *rolling review* voor het Russische *Sputnik* vaccin. Dit proces kost enkele maanden. Als eerder met u gedeeld, kijk ik welwillend naar ieder vaccin dat veilig en effectief is en een markttoelating krijgt. Daarbij is het voor mij ook van belang dat zo'n vaccin op korte termijn ook leverbaar is, en dat vaccins in voldoende mate beschikbaar komen dan wel geproduceerd kunnen worden. Zoals u weet is de verwachting dat vanaf het tweede kwartaal de levering van reeds aangekochte vaccins significant toe zal nemen. Ik zal op dat moment daarom ook afwegen in welke mate een nieuw vaccin iets toe kan voegen aan onze portfolio. Er zijn op dit moment geen voornemens om als EU een gemeenschappelijke *Advanced Purchase Agreement* voor dit vaccin af te sluiten.

Opschalen en versnellen

Vanaf maart ontvangen ook de thuiswonende, mobiele ouderen tussen de 75 en 80 jaar, de zeven hoogrisicogroepen, die door de Gezondheidsraad zijn aangewezen een uitnodiging voor hun vaccinatie. Daarnaast kunnen dan ook binnen de groep 60 tot en met 64 jarigen meer mensen worden uitgenodigd. Ook met de groep niet mobiele thuiswonende ouderen wordt een start gemaakt. Zoals ik in mijn brief van 23 februari jl. heb aangegeven, starten we naar verwachting begin mei met het uitnodigen van de overige medische risicogroepen. Dit zijn grotendeels de groepen die ook in aanmerking komen voor de griepvaccinatie. Zij worden gelijktijdig met de groep 50-59 jarigen uitgenodigd voor hun COVID-19 vaccinatie. De komende tijd zullen de leveringen van vaccins naar verwachting flink in omvang toenemen. We komen daarmee in de volgende fase van het vaccinatieprogramma.

Met het oog op de grotere leveringen van vaccins heb ik op advies van het RIVM besloten dat, wanneer geen sprake van vaccin schaarste is, de groep 'alle overige

zorgmedewerkers' gelijk op kan lopen met de groep mensen tussen de 18 en 60 jaar zonder medische indicatie. Het apart selecteren en uitnodigen van de groepen die binnen de groep 'alle overige zorgmedewerkers' vallen zou binnen de geplande opschaling een vertragende factor kunnen zijn. Wanneer er onverwacht toch sprake is van schaarste, bekijken we of er groepen zijn die eerder in aanmerking moeten komen voor een COVID-19 vaccinatie dan anderen.

i. Voorbereidingen voor grootschalige vaccinatie vanaf tweede kwartaal

Het is zaak om goed voorbereid te zijn op het snel kunnen uitnodigen en vaccineren van grote groepen Nederlanders. In de voortgangsbrieven van 2 en 23 februari jl.[17] heb ik u al aangegeven dat de GGD'en, huisartsen en ziekenhuizen zich gezamenlijk voorbereiden op het zetten van 2,5 miljoen vaccinaties per week vanaf het tweede kwartaal van 2021. Ik heb toegezegd u in deze voortgangsbrief nader hierover te informeren.

We verwachten in het tweede kwartaal een forse toename van de aantallen geleverde vaccins. Daarvoor moeten we klaar staan. Omdat de omvang en het moment van de leveringen onvoorspelbaar zijn, zetten we in op overcapaciteit. Ik heb de uitvoeringspartijen gevraagd om in de voorbereiding bewust rekening te houden met overcapaciteit, zodat vaccins die beschikbaar komen in alle gevallen zo snel mogelijk toegediend kunnen worden. Om deze overcapaciteit te realiseren is het onontbeerlijk dat naast de GGD ook de huisartsen en eventueel de ziekenhuizen beschikbaar zijn om deze te realiseren. Eventuele kosten hiervoor zal ik voor mijn rekening nemen. Onder regie van het RIVM werken GGD GHOR Nederland (en daarmee de GGD'en), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), en het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ)[18] aan een gezamenlijke voorbereiding

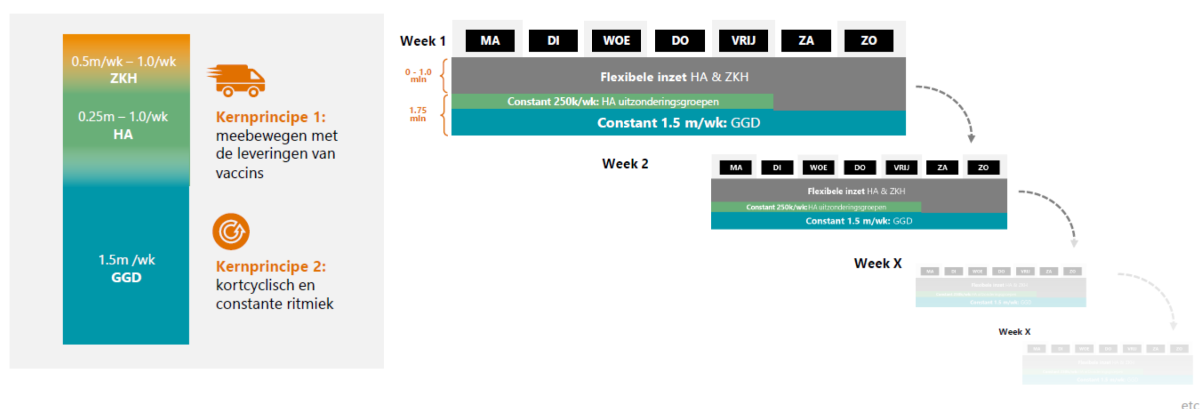
van de grootschalige vaccinatie waarbij alle drie de partijen een eigen rol en verantwoordelijkheid hebben, maar wel in samenhang met elkaar wordt toegewerkt naar de 2,5 miljoen vaccinaties per week.

Volgens onderstaand schema wordt ervoor gezorgd dat de partijen op 15 april aanstaande gereed staan om grote aantallen vaccins toe te dienen. Vanaf 1 mei aanstaande moet het grootschalige programma ook daadwerkelijk operationeel

[17] Kamerstuk 25 295, nrs. 950 en 995.
[18] Hierbij betrekt LNAZ ook de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (*NFU*) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ).

kunnen zijn. Daarmee wordt geanticipeerd op de verwachte leveringsschema's. De GGD'en zullen vanaf 15 april aanstaande in staat zijn om structureel 1,1 miljoen vaccinaties per week toe te dienen en bouwen dit in mei uit naar 1,5 miljoen vaccinaties per week. De huisartsen zullen een structurele capaciteit van 250.000 vaccinaties per week realiseren voor het vaccineren van in ieder geval de groep mensen met een medische indicatie.

Het plannings- en controle opschalingsmodel: een doorlopende ritmiek met een constante stroom en een 'flexibele inzet schil'



Figuur 8. Planning en control opschaling grootschalige vaccinatie

Daarnaast beschikken de huisartsen over de mogelijkheid om op een aantal momenten grote hoeveelheden mensen te vaccineren. Indien naast deze capaciteit van de GGD'en en huisartsen nog extra inzet nodig is, zijn de ziekenhuizen bereid om bij te springen door zelf vaccinaties op eigen locaties uit te voeren of door in bijzondere omstandigheden personeel te leveren. De ziekenhuizen blijven daarnaast betrokken bij het vaccineren van de verschillende medische hoog-risicogroepen die door de Gezondheidsraad zijn geformuleerd[19].

In totaal leidt dit tot een structurele capaciteit van 1,75 miljoen vaccinaties per week, bestaande uit 1,5 miljoen vaccinaties vanuit de GGD'en en 250.000 vaccinaties vanuit de huisartsen. Daar bovenop is de beschikking over een flexibele schil van 0 tot en met 1 miljoen vaccins, gefaciliteerd door de ziekenhuizen en huisartsen.

[19] Patiënten waarin de afgelopen 5 jaar een hematologische maligniteit is vastgesteld en patiënten die al langer geleden gediagnosticeerd zijn met een hematologische maligniteit maar die in het afgelopen jaar daarvoor nog onder controle zijn bij een hematoloog, patiënten met ernstig nierfalen (dialyse of pre-dialyse), patiënten na orgaan- stamcel- of beenmergtransplantatie en patiënten met een ernstige aangeboren (primaire) immuundeficiëntie.

De uitvoerende partijen hebben hiermee overeenstemming bereikt over de uitgangspunten voor de opschaling. Onder leiding van het RIVM zullen de partijen in de aanloop naar 15 april de praktische, organisatorische en logistieke voorbereiding voor de uitvoering nader vormgeven. Dit betekent dat de GGD'en ervoor zorgen dat vanaf 15 april aanstaande voldoende locaties beschikbaar zijn, dat alle organisatorische voorbereidingen zijn getroffen en dat zijn ICT-voorzieningen gereed zijn om de grote aantallen vaccinatieregistraties te kunnen verwerken. Verder zal in de planning op gestuurd worden, dat vanuit de verwachte leveringen van vaccins er voldoende (geschoold) personeel voor het vaccineren beschikbaar is en dat de callcenters bij de GGD'en hiervoor klaar staan zodra de vaccins binnenkomen. De GGD'en houden daarbij rekening met 25% overcapaciteit ten opzichte van de verwachte leveringen van de vaccins.

Huisartsen zullen moeten beschikken over locaties die geschikt zijn voor grootschaliger vaccinaties en die aan de gestelde randvoorwaarden voldoen ten aanzien van veiligheid, de 1,5 meter samenleving en de ruimte voor 15 minuten observatie na vaccinatie. Indien zij in de eigen huisartsenpraktijk hierin niet kunnen voorzien, moeten zij op zoek naar andere ruimtes. Met het oog hierop heb ik via de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) verzocht dat gemeenten huisartsen faciliteren door (grote) ruimtes hiervoor ter beschikking te stellen.

Ten slotte bereidt het LNAZ in samenwerking met de NFU en de NVZ zich voor op het vaccineren van de aan hen toegewezen groepen en de flexibele inzet. Voor de vaccinatie in de ziekenhuizen wordt gewerkt aan de juiste de ICT-voorzieningen voor het aanmelden en registratie. De personele capaciteit wordt betrokken uit het beschikbare personeel in ziekenhuizen.

ii. Strakke planning en control cyclus van 9 dagen voor verdeling vaccins

Via een strakke planning en control-cyclus verdeelt het RIVM telkens – op basis van de aantallen beschikbare vaccins – de vaccins onder de drie partijen. Met name voor de grootschalige 'prikdagen' is het van belang dit goed in te regelen. Zo wordt minimaal negen dagen voorafgaand aan de uitvoering de inzet van de flexibele schil bepaald op basis van gerealiseerde en de te verwachten leveringen van vaccins. De huisartsen en ziekenhuizen kunnen op basis hiervan de nodige (logistieke) voorbereidingen treffen.

Ik reken erop dat met de partijen en deze aanpak wij in staat zijn om zodra mogelijk zoveel mogelijk Nederlanders in een korte tijd van een vaccinatie tegen COVID-19 te voorzien.

iii. Verdere stappen in de vaccinatiestrategie

Naast de genoemde voorbereidingen om verder op te schalen kijk ik ook naar andere mogelijkheden om de vaccinatieoperatie verder te versnellen. Dit is, zeker

gezien de opkomst van nieuwe virusvarianten, van groot belang. Ik wil daarom steeds op basis van nieuwe (wetenschappelijke) inzichten kijken of en hoe het toch nog sneller en slimmer kan. In dit kader heb ik, zoals ik in mijn brief van 23 februari heb aangegeven, met spoed een aantal vragen aan het RIVM gesteld:

- Slechts een eerste vaccinatie te zetten, dan wel een tweede dosis verder uit te stellen, om zo sneller meer mensen een eerste dosis te kunnen geven
- Mensen die reeds een SARS-CoV-2 infectie hebben doorgemaakt later te vaccineren.
- Het AstraZeneca-vaccin ook te geven aan personen boven de 65 jaar.

Op basis van de bevindingen van het RIVM heeft de Gezondheidsraad geadviseerd of eventuele wijzigingen van het vaccinatiebeleid aan de orde zijn. Dit advies heb ik op 8 maart jl. per brief ontvangen. Deze brief vindt u bijgevoegd[20].

De Gezondheidsraad heeft geadviseerd om voor alle vaccins die nu beschikbaar zijn twee doses te blijven toedienen. Ook raadt de Gezondheidsraad af om de nu gehanteerde intervallen tussen de eerste en tweede vaccinatie te verlengen. De Gezondheidsraad geeft aan dat vaccinatie met één dosis wel bescherming biedt, maar dat onduidelijk is hoe lang deze bescherming aanhoudt. Ook is een tweede dosis nodig om voldoende antistofniveaus te bereiken. Dit is niet alleen belangrijk voor het voorkomen van ziekte, maar ook om te voorkomen dat lage antistofniveaus leiden tot selectie van nieuwe virusvarianten waartegen de vaccins minder goed werken.

Voor mensen die in de afgelopen zes maanden aantoonbaar een SARS-CoV-2 infectie hebben doorgemaakt, kan volgens de Gezondheidsraad een uitzondering worden gemaakt. Doordat eerder geïnfecteerde mensen al immuniteit hebben opgebouwd, is één dosis van een vaccin voldoende voor goede bescherming. Voor patiënten met een ernstig gecompromitteerd immuunsysteem moet een uitzondering gemaakt worden volgens de Gezondheidsraad. Zij moeten wel volgens een twee-dosisschema gevaccineerd worden.

De Gezondheidsraad geeft ook aan dat het op basis van de meest recente studies mogelijk wordt om het AstraZeneca-vaccin te gebruiken bij mensen boven de 65 jaar. De raad geeft aan dat het vaccin goede bescherming biedt tegen ernstige ziekte en dat hiermee ziekenhuisopnames voorkomen kunnen worden. De Gezondheidsraad geeft aan dat de werkzaamheid van het vaccin tussen 70 en 94% lag in een recente studie, en maximaal 81% was bij mensen van 80 jaar en ouder. De Gezondheidsraad benoemt op basis van deze eerste gegevens dat de

---

[20] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

werkzaamheid van het AstraZeneca-vaccin tegen ziekenhuisopnames daarmee in de oudste leeftijdsgroep vergelijkbaar is met die van het BioNTech/Pfizer-vaccin.

Met de adviezen van de Gezondheidsraad over het gebruik van het AstraZeneca-vaccin, en het vaccineren van mensen die aantoonbaar een SARS-Cov-2 infectie hebben doorgemaakt, kunnen we de vaccinatieoperatie verder verbeteren. Ik vind het belangrijk om bij deze adviezen goed te wegen welke implicaties dit heeft voor de uitvoering van de vaccinatiestrategie en welke uitvoeringstechnische aspecten hierbij aan de orde komen. Ik zal hierover uw Kamer op korte termijn informeren.

iv. Vaccinatie moeilijk bereikbare groepen

Bij de uitvoering van de COVID-19 vaccinatieoperatie is geconstateerd dat sommige mensen in Nederland niet op de reguliere manier te bereiken dan wel te vaccineren zijn. Het gaat bijvoorbeeld om groepen als dak- en thuislozen, arbeidsmigranten, ongedocumenteerden, asielzoekers en zeevarenden. De omvang van deze groepen is lastig in beeld te brengen, divers van opbouw en karakter, mensen verblijven vaak kort of onregelmatig in de opvang, hebben (nog) geen briefadres of zijn om diverse redenen niet in staat om post te ontvangen. Voor deze groepen is dus extra inspanning en een aanvullende aanpak nodig. Ik heb het RIVM gevraagd in samenspraak met de uitvoerende partijen te onderzoeken welke oplossing passend is om ook deze groepen conform de vaccinatiestrategie uit te nodigen en te vaccineren.

v. Toegankelijke communicatie over vaccinatie

Tijdens het plenair debat van 24 februari jl. (Handelingen II 2020/21, nr. 58, debat over de ontwikkelingen rondom het Coronavirus) heb ik aangegeven dat ik wil bezien op welke manier de publieksinformatie over vaccineren nog preciezer kan worden.

Communicatie over vaccinatie moet transparant, betrouwbaar en wetenschappelijk onderbouwd zijn, met als doel dat mensen een geïnformeerde keuze kunnen maken. Sinds medio december wordt een publiekscampagne gevoerd, waarin de website www.coronavaccinatie.nl een belangrijke rol vervult. Op deze website is veel beschikbare informatie over de vaccinatieaanpak en de vaccins te vinden, en wordt doorverwezen naar andere (online) informatiebronnen. Ook is op de site in tabelvorm de beoogde planning van de vaccinatie te zien. Hierin zijn de verschillende doelgroepen, de beoogde startdatum, de priklocatie en het vaccin waarmee gevaccineerd wordt opgenomen.

Om deze informatie nog beter toegankelijk te maken wordt op korte termijn een extra functie aan de site toegevoegd. Door enkele eenvoudige vragen te

beantwoorden kan een bezoeker gemakkelijk zien wanneer de geplande start is van vaccinatie van de groep waartoe deze persoon behoort en waar de vaccinatie naar verwachting plaatsvindt. Deze informatie is ook terug te vinden in twee publieksvriendelijke infographics die nu worden ontwikkeld. Zodra deze beschikbaar zijn, zullen ze ook breed worden gedeeld met koepel- en patiëntenorganisaties.

Hiermee geef ik invulling aan de motie van de leden Sazias (50PLUS) en Jetten (D66) over het begrijpelijker en toegankelijker maken van de informatie over de volgorde waarin groepen gevaccineerd worden[21].

vi. Monitoring bijwerkingen Lareb

Bijwerkingencentrum Lareb geeft aan dat er tot 2 maart 6.426 meldingen met 31.534 bijwerkingen zijn ontvangen en bekeken. De meeste bijwerkingen die worden gemeld zijn bekend en kortdurend. Het gaat met name om spierpijn, hoofdpijn, vermoeidheid, en koorts. Lareb geeft aan dat deze tijdelijke klachten zijn toe te schrijven aan de reactie van het afweersysteem op de vaccinatie. Bij 39 meldingen waren er klachten die passen bij een heftige allergische reactie. Alle patiënten zijn snel en adequaat behandeld en hersteld.

Daarnaast krijgt Lareb ook meldingen van overlijdens na vaccinatie. Tot 2 maart zijn er 87 meldingen binnengekomen. Daarbij benadrukt Lareb dat overlijden na vaccinatie niet betekent dat het overlijden is veroorzaakt door de vaccinatie. Lareb heeft in de meldingen geen patronen gevonden van klachten die wijzen op ernstige bijwerkingen waaraan gevaccineerden kunnen zijn overleden. Lareb geeft aan dat onderliggende gezondheidsproblemen de meest voor de hand liggende verklaring van het overlijden zijn bij het merendeel van de meldingen. Eens in de twee weken geeft Lareb een update van de gemelde bijwerkingen. Als er in de tussentijd nieuwe inzichten zijn, zal Lareb daarover berichten.

Reactie op advies Gezondheidsraad Ethische en Juridische afwegingen COVID-19-vaccinatie

Een hoge vaccinatiegraad leidt tot groepsbescherming en versoepeling van overheidsmaatregelen. Daarom acht ik het van groot collectief belang om deelname aan het vaccinatieprogramma te stimuleren. Ik wil echter dat het een vrije keuze is en blijft voor mensen om zich te laten vaccinerenen daarom wil ik *drang* en *dwang* bij de vaccinatiecampagne voorkomen. Hiervan zou sprake wanneer de beslissingsruimte van iemand wordt ingeperkt of wanneer iemand feitelijk minder keuzevrijheid heeft. Ook is en komt er geen vaccinatieplicht in de strijd tegen het virus.

---

[21] Kamerstuk 25 295, nr. 1016

Met het oog op het heropenen van de samenleving wanneer een aanzienlijk deel van bevolking wel gevaccineerd is komt automatisch toch het vraagstuk van het inzetten van vaccinatiebewijzen op. Ook ontwikkelingen in Europees en internationaal verband vragen om besluitvorming en een uitwerking daarvan op korte termijn. Ik denk dat testbewijzen en vaccinatiebewijzen gezamenlijk een belangrijke rol kunnen spelen in de wens om de samenleving op verantwoorde wijze weer te heropenen. Ik ga daar hieronder met behulp van de ethische en juridische afwegingen, die de Gezondheidsraad heeft opgesteld, verder op in.

Naar aanleiding van de aangenomen motie van het lid Segers (CU)[22] heb ik mij laten adviseren door de Gezondheidsraad over de afweging van dilemma's en vragen die de grootschalige vaccinatiestrategie van coronavaccins met zich mee brengt, voor zowel private partijen als de overheid. Op 18 december 2020 heb ik de Commissie Ethiek en recht van de Gezondheidsraad gevraagd een ethisch afwegingskader op te stellen voor het omgaan met de ethische dilemma's en juridische vragen die zich kunnen voordoen bij de COVID-19-vaccinatie. Op 4 februari 2021 is het rapport 'Ethische en juridische afwegingen COVID-19-vaccinatie' gepubliceerd. Tijdens het Kamerdebat van 4 februari jl., over de ontwikkelingen rondom het coronavirus, heb ik aangegeven binnen een maand met een kabinetsstandpunt te komen naar aanleiding van dit advies. Ik ben de Gezondheidsraad erkentelijk voor het zorgvuldige advies dat in korte tijd tot is stand gekomen en ik bied het hierbij aan uw Kamer aan.

In het advies beschrijft de commissie welke categorieën beleidsinterventies mogelijk zijn ten aanzien van vaccinatie op het continuüm van niet ingrijpen in de keuzevrijheid van mensen tot aan drang en dwang. Ook geeft de commissie antwoord op de vraag in hoeverre de overheid mag interveniëren of moet voorkomen dat private partijen een vaccinatiebewijs gaan vragen als voorwaarde voor toegang tot een bepaalde plaats of voorziening. Op beide punten wil ik graag het kabinetsstandpunt toelichten.

i. Beleidsinterventies rondom COVID-19-vaccinatie

Ten aanzien van beleidsinterventies rondom COVID-19-vaccinatie, benadrukt de commissie dat het collectieve belang van bescherming van de volksgezondheid steeds afgezet moet worden tegen de mate waarin de beleidsinterventie ingrijpt op individuele rechten en belangen. In het advies-worden verschillende categorieën beleidsinterventies beschreven die deelname aan het vaccinatieprogramma tegen COVID-19 zouden kunnen stimuleren. Aan de ene kant van het spectrum staan dwang en drang (geen tot weinig keuzevrijheid), aan de andere kant staan milde vormen van gedragsbeïnvloeding, zoals nudging, adviseren en overreden (complete keuzevrijheid).

[22] Kamerstuk 25 295, nr. 732.

Vanwege de bescherming van de volksgezondheid en de mogelijkheid de samenleving weer te openen, acht ik het van groot collectief belang om deelname aan het vaccinatieprogramma te stimuleren, maar het moet een vrije keuze blijven voor mensen om zich te laten vaccineren. Er is ook geen wettelijke grondslag in de Wet publieke gezondheid om iemand onder *dwang* te vaccineren.

Het kabinet kiest daarmee voor beleidsinterventies die de keuze voor vaccinatie kunnen beïnvloeden, maar de keuzevrijheid niet beperken. Hierover is ook een motie aangenomen van het lid Azarkan (DENK), die inhoudt dat er nu en in de toekomst geen sprake mag zijn van een directe of indirecte coronavaccinatieplicht[23] en de motie van het lid Wilders (PVV)[24] over het uitsluiten van een directe of indirecte vaccinatieplicht, evenals dwang- of drangmaatregelen.

Ik wil ook aansturen op het voorkomen van *drang* bij de vaccinatiecampagne. Dus ik wil voorkomen dat de beslissingsruimte van iemand wordt ingeperkt of zodanig wordt beïnvloed dat diegene feitelijk minder keuzevrijheid heeft. Eventueel wantrouwen bij mensen wordt niet weggenomen door dwang en verplichtingen. In de overheidscampagnes blijf ik dan ook inzetten op milde vormen van gedragsbeïnvloeding die de keuzevrijheid van mensen niet beperken. Verwijzend naar het advies van de Gezondheidsraad pleit ik met name voor het gebruik van ‘overreding’ en ‘advisering’ in de vaccinatiecampagne. Overreding gaat over het met redelijke argumenten overtuigen van mensen om zich te laten vaccineren, zoals het geven van technische informatie over de werking van de vaccins en het gericht tegengaan van desinformatie. Advisering gaat over het in staat stellen van mensen om een geïnformeerde keuze te maken, zoals betrouwbare en wetenschappelijk onderbouwde informatie over de ontwikkeling van vaccins. In de publiekcommunicatie rondom vaccinatie zet ik daarom vooral in op het geven van transparante, toegankelijke en begrijpelijke informatie over de beschikbare vaccins, zodat iedereen een geïnformeerde keuze kan maken.

Mocht het kabinet bij een hoge infectiedruk en eventueel lage vaccinatiegraad in de toekomst wel reden zien om meer dringende interventies te overwegen om de samenleving te beschermen tegen het coronavirus, dan biedt het afwegingskader van de Gezondheidsraad hier bruikbare handvatten voor.

ii. Beleidstandpunt ten aanzien vaccinatiebewijzen

In recente voortgangsbrieven over het vaccinatieprogramma, heb ik aangegeven specifiek tot een beleidsstandpunt te willen komen over het al dan niet inzetten van vaccinatiebewijzen, mede op basis van het advies van de Gezondheidsraad van 4 februari 2021. Daarbij is het van belang het eerder ingenomen standpunt van het kabinet in acht te nemen, te weten niet tot een (indirecte) vaccinatieplicht over te

[23] Kamerstuk 25 295, nr. 676.
[24] Kamerstuk 25 295, nr. 720.

willen gaan. Het kabinet wil voorkomen dat mensen zich gedwongen voelen om zich te vaccineren, en daarom zal geen sprake zijn van drang of dwang. In het debat met uw Kamer op 4 februari jl. heb ik naar aanleiding van vragen over het al dan niet inzetten van vaccinatiebewijzen of vaccinatiepaspoorten, zoals deze ook wel worden genoemd, aangegeven dat ik ten aanzien hiervan tot zorgvuldige besluitvorming wil komen. Dit gezien de gevoelige en complexe ethische en juridische aspecten die hieraan kleven. Tegelijk vergen ontwikkelingen in Europees en internationaal verband, als ook discussies in eigen land over het heropenen van de samenleving, besluitvorming en actie op korte termijn. Hier ligt ook een relatie met de discussie over negatieve testuitslagen, waarop ik in de vorige voortgangsbrief ben ingegaan. Ik ga in onderstaande passage achtereenvolgens in op het advies van de Gezondheidsraad, een aantal relevante aspecten in relatie tot het vaccinatiebewijs, en licht daarna het kabinetstandpunt toe.

iii. Advies van de Gezondheidsraad

De Gezondheidsraad beantwoordt onder meer de vraag in hoeverre de overheid mag of moet voorkomen dat private partijen (zoals werkgevers, zorginstellingen, scholen of sociale gelegenheden) een vaccinatiebewijs vragen voor toegang tot een bepaalde plaats of voorziening. De Gezondheidsraad constateert dat private partijen deze vrijheid hebben, zolang zij binnen de grenzen van de relevante wet- en regelgeving blijven, zoals het discriminatieverbod, de Algemene wet gelijke behandeling en de privacywetgeving. En dat tevens aan de heropening van dergelijke voorzieningen een besluit van de overheid vooraf gaat.

Verder stelt de Gezondheidsraad dat private partijen een belangenafweging moeten maken en moeten kunnen aantonen dat het vaccinatiebewijs een gerechtvaardigd doel dient, noodzakelijk is om dat doel te bereiken en voldoet aan de eisen van subsidiariteit en proportionaliteit. De Gezondheidsraad heeft een juridisch/ethisch afwegingskader opgesteld, dat gelijk is voor zowel de overheid als private partijen. Aan dit kader moet worden voldaan om op een ethisch en juridisch verantwoorde manier een vaccinatiebewijs te vereisen t.b.v. toegang tot bepaalde plaatsen/voorzieningen. Hierbij geeft de Gezondheidsraad ook aan dat de overheid ervoor kan kiezen om via wetgeving te sturen dat private partijen zich houden aan de voorwaarden die gelden bij de inzet van een vaccinatiebewijs, maar bijvoorbeeld ook kan stimuleren dat brancheorganisaties zelf richtlijnen opstellen.

Volgens de Gezondheidsraad moet voldaan worden aan de volgende punten van het afwegingskader indien private partijen op een verantwoorde manier vaccinatiebewijzen willen inzetten.

- Vaccinatiebewijzen moeten effectief en noodzakelijk zijn voor het bereiken van de beoogde doelstelling.

- Vaccinatiebewijzen moeten proportioneel zijn en de minst ingrijpende maatregel om de boogde doestelling te bereiken.
- De inzet van vaccinatiebewijzen moet voldoen aan de voorwaarde van subsidiariteit. Dit wil zeggen dat er geen minder ingrijpende alternatieven beschikbaar mogen zijn om hetzelfde doel te bereiken. Een bewijs van een recente negatieve testuitslag zou afhankelijk van de omstandigheden een minder ingrijpend alternatief kunnen zijn.
- Private partijen moeten potentiële schadelijke effecten van vaccinatiebewijzen minimaliseren.
- Vaccinatiebewijzen mogen niet leiden tot ongerechtvaardigde uitsluiting en discriminatie. Bij dit punt beargumenteert de Gezondheidsraad dat zo lang nog niet iedereen in Nederland de kans heeft gehad zich te laten vaccineren, vaccinatiebewijzen voor sommige groepen tot uitsluiting kunnen leiden. Dat geldt ook voor mensen die zich niet kunnen of willen laten vaccineren. De Gezondheidsraad geeft ook aan dat om absolute uitsluiting te voorkomen, alternatieven van belang zijn, zoals een recente negatieve testuitslag of vervangende inspanningen.
- Private partijen moeten zich houden aan de privacywetgeving.
- Private partijen moeten hun beleid periodiek evalueren.

Ook de Coronadenktank van de SER is om aandachtspunten ten aanzien van vaccinatiebewijzen gevraagd. Ik heb dit advies vandaag ontvangen en bij eerste lezing constateer ik dat voor zover het advies vaccinatiebewijzen benoemt, dit aansluit bij het advies van de Gezondheidsraad en bij dit kabinetstandpunt.

iv. <u>Relatie beleid negatieve testbewijzen</u>

Bij de vraag op welke manier vaccinatiebewijzen en testbewijzen als instrument kunnen bijdragen aan het heropenen van de samenleving, gaat het om de vraag of mensen het coronavirus kunnen overdragen op anderen. Bij een recente negatieve testuitslag kunnen mensen anderen niet besmetten met het SARS-CoV-2-virus. Hoewel de eerste onderzoeken over vaccinaties voorzichtig, positieve data tonen. Ten aanzien van vaccinaties bestaat deze duidelijkheid nog niet. Een verschil bij vaccineren in vergelijking met testen is ook dat een vaccinatie lichamelijk ingrijpender is (inbreuk lichamelijke integriteit) en dat er mede daarom religieuze of andere levensovertuigingen of medische redenen kunnen zijn, die maken dat iemand niet gevaccineerd wil of kan worden. Anderzijds is de frequentie een stuk lager. Een vaccinatiebewijs heeft een veel langere ‘houdbaarheid’ dan een eenmalig testbewijs. Daarnaast is een verschil tussen testen en vaccineren –in ieder geval op dit moment nog– dat iemand er geen invloed op heeft wanneer hij of zij wordt gevaccineerd. De inzet van vaccinatiebewijzen, zonder dat een alternatief zoals een testbewijs mogelijk is, zou zorgen voor ongelijkheid tussen mensen die wel en niet

gevaccineerd zijn, waardoor mensen niet dezelfde kansen hebben om toegang te krijgen tot voorzieningen en diensten. Dit wil ik te alle tijden voorkomen.

Beide instrumenten, testbewijzen en vaccinatiebewijzen, kunnen een belangrijke rol spelen in de wens om de samenleving op verantwoorde wijze weer te heropenen. Voor testbewijzen is inmiddels een standpunt bepaald. Ik streef ernaar eind maart hierover een wetsvoorstel in te dienen om het mogelijk te maken testbewijzen juridisch verplicht te stellen voor toegang tot bepaalde voorzieningen. Ik wil graag voor het beleid ten aanzien van vaccinatiebewijzen bezien in hoeverre daarop aangesloten kan worden. Hier ga ik hieronder verder op in.

v. Juridische aspecten vaccinatiebewijzen

In de discussie over vaccinatiebewijzen speelt, net als bij testbewijzen, de juridische context en dus ook de grondrechten een belangrijke rol. Het belangrijkste juridische kader bestaat uit de grondrechten die zijn opgenomen in (internationale) verdragen en de Grondwet. Enerzijds heeft de staat de plicht om de volksgezondheid te bevorderen. Vaccinatie ter bestrijding van een ernstige infectieziekte kan daaraan bijdragen. Anderzijds maakt een directe of indirecte vaccinatieplicht (door de Gezondheidsraad omschreven vaccinatiedwang of vaccinatiedrang) - bijvoorbeeld door vaccinatie als eis te stellen voor toegang tot voorzieningen - inbreuk op grondrechten van betrokken personen zoals lichamelijke integriteit, privacy, het belijden van godsdienst of geloofsovertuiging, gelijke behandeling en non-discriminatie.

Op deze grondrechten mag de overheid onder de bepaalde voorwaarden inbreuk maken, zoals dat er een wettelijke grondslag voor moet bestaan en dat de inbreuk een legitiem doel dient en noodzakelijk is. De volksgezondheid alsmede de bescherming van de rechten en vrijheden van anderen zijn legitieme doelen. Verder moet de inbreuk proportioneel en subsidiair zijn (in verhouding tot het doel van de maatregel) en moet het doel niet op een andere, minder nadelige manier voor de betrokkenen kunnen worden bereikt.

Zoals ook de Gezondheidsraad heeft aangegeven, mogen private partijen in beginsel een bewijs van vaccinatie eisen voor gebruik van hun diensten of voorzieningen. Zij worden daarin echter juridisch begrensd. Behalve beschermen tegen de overheid, kunnen grondrechten ook doorwerken in de relatie tussen private partijen. Dit is het geval bij het recht op privacy, het recht op lichamelijke integriteit en het recht op vrijheid van gedachte, geweten en godsdienst. De Gezondheidsraad geeft private partijen een afwegingskader voor het inzetten van vaccinatiebewijzen waarin de juridische grenzen zijn verwerkt.

vi. Internationaal debat

Naast de discussies op nationaal niveau staat het onderwerp vaccinatiebewijzen inmiddels ook bovenaan de Europese en internationale agenda's. Zo lopen er op dit moment diverse discussies in EU-verband (o.a. Europese Raad, IPCR, Health Security Committee, eHealth-Netwerk) als ook in breder internationaal verband (WHO, International Civil Aviation Organization, International Air Transport Association). Deze discussies zijn met name gericht op het in- en uitreizen van personen. Momenteel zijn er al EU-landen die mensen in het bezit van een vaccinbewijs ontheffen van quarantaine en testplicht. Binnen de EU is door veel landen (zoals Duitsland) gewezen op de onduidelijkheden ten aanzien van immuniteit, effectiviteit, transmissie (besmettelijkheid) en de beschikbaarheid van vaccins.

Op 13 oktober 2020 hebben de lidstaten van de EU ingestemd met een aanbeveling[25] van de Raad van de EU over een gecoördineerde aanpak van de beperking van het vrije verkeer in reactie op de COVID-19-pandemie. Op grond van deze aanbeveling mogen er geen beperkingen worden opgelegd aan reizigers uit landen met kleurcode 'groen' op de ECDC kaart (zoals een testbewijs of een vaccinatiebewijs). Aan reizigers uit gebieden die zijn aangemerkt als oranje, rood en donkerrood kunnen wel restricties worden opgelegd. Voor reizigers van buiten de EU of het Schengengebied geldt momenteel het EU inreisverbod[26]. Aan mensen die reizen van en naar 'derde landen' (landen die geen lid van de EU en/of Schengenland zijn) mogen beperkingen worden opgelegd, zoals het kunnen tonen van een vaccinatiebewijs.

Sinds eind vorig jaar wordt op Europees niveau actief gewerkt aan de technische voorbereiding van vaccinatiebewijzen met voornamelijk als doel een uniforme registratie van vaccinatie in de EU. Op de EU-top van donderdag 21 januari jl. is bevestigd dat deze voorbereidende werkzaamheden worden voortgezet met de focus op het gebruik van vaccinatiebewijzen voor medische doeleinden. De Europese Raad van 25 februari jl. stelde dat het werk op dit gebied diende te worden voortgezet en verder zal worden besproken op de aankomende Europese Raad (25 en 26 maart). In navolging daarop heeft het eHealth Netwerk, waar ook het ministerie van VWS vanuit Nederland aan deelneemt, op woensdag 27 januari jl. een *Guideline on Proof of vaccination for medical purposes* aangenomen. Vooralsnog ziet deze richtlijn alleen toe op het gebruik van vaccinatiebewijzen voor medische doeleinden, waarmee mensen bijvoorbeeld als zij in het buitenland ziek worden kunnen laten zien of en zo ja met welk vaccin zij zijn gevaccineerd. De richtlijn houdt de optie open voor het gebruik van bewijzen voor andere doeleinden afhankelijk van de politieke besluitvorming hieromtrent in de lidstaten. De Europese

[25] Raadsaanbeveling 2020/1475.
[26] Raadsaanbeveling 912/2020.

Commissie heeft 1 maart jl. aangekondigd dat zij op 17 maart een voorstel zullen delen voor een Europees bewijs, een digitale groene pas (Digital Green Pass), waarmee de drager kan aantonen dat hij is ingeënt tegen COVID-19, in bezit is van een negatief testresultaat of beschikt over immuniteit. Doel van een dergelijk 'gezondheidspaspoort' is om zowel essentiële reizen, als niet-essentiële reizen zoals toerisme te faciliteren. Momenteel vindt discussie plaats over dit voorstel in Europese gremia. De voorzitter van de Europese Commissie heeft op 5 maart jl. in een brief aan alle regeringsleiders opgeroepen om met prioriteit mee te werken aan de ontwikkeling van een interoperabale "green pass" en daartoe op nationaal niveau binnen 3 maanden de daarvoor benodigde systemen gereed te hebben. Dit met het oog op vrij verkeer van burgers binnen Europa.

De WHO heeft op 5 februari jl. bekend gemaakt dat de WHO vindt dat een COVID-19 vaccinatiepaspoort (vooralsnog) niet geïntroduceerd moet worden voor internationale reizen en vertrek/toegang tot andere landen, gegeven het feit dat onvoldoende gegevens zijn over transmissie na vaccinatie. De WHO vindt dan ook niet dat gevaccineerden uitgezonderd moeten worden van andere maatregelen gerelateerd aan reizen en ziet daarnaast als mogelijk risico dat reizigers voorrang zouden krijgen bij vaccinatie op gezondheidsrisicogroepen, als gevolg van de huidige schaarste aan vaccins.

vii. Stand van de wetenschap over transmissie

Momenteel lopen de eerste onderzoeken over de transmissie van COVID-19 na vaccinatie, maar deze kunnen vooralsnog alleen voorzichtige schattingen geven. Volgens het RIVM zijn deze eerste inzichten nog niet peer-reviewed en presenteren deze studies een meer afgebakende situatie dan waar we in Nederland mee te maken hebben. Zo worden in Nederland verschillende vaccins ingezet met verschillende effectiviteit en mogelijk verschillende effecten op transmissie van het virus na vaccineren. Daarnaast gaan verschillende varianten van het virus rond in Nederland. Daarom kunnen, vanwege de grote onzekerheden, op basis van deze studies nog geen besluiten worden genomen.

Ik heb de Gezondheidsraad gevraagd mij te berichten over (o.a.) de effectiviteit van vaccins op transmissie van het SARS-CoV-2 virus, en om dit vraagstuk over transmissie ook in relatie tot internationale ontwikkelingen te bezien. Dit advies verwacht rond eind maart/begin april. Daarnaast heb ik het RIVM gevraagd de meest recente (onderzoeks)ontwikkelingen op gebied van effectiviteit van COVID-19 vaccins op transmissie van het virus te monitoren.

viii. Afwegingen en standpunt vaccinatiebewijzen

Rekening houdend met en gebruik makend van het advies van de Gezondheidsraad en de hierboven beschreven ontwikkelingen en inzichten komt het kabinet - alles afwegende - tot het volgende beleidsvoorstel over de inzet van vaccinatiebewijzen.

Sinds januari is Nederland begonnen met het vaccineren van de Nederlandse bevolking. Vaccineren is een krachtig instrument om mensen te beschermen tegen (ernstige) ziekte. Of vaccinatie ook beschermt tegen het overdragen van het virus op anderen is nog niet bewezen. De eerste signalen zijn hoopgevend. Vaccinaties zijn onze troef om uit deze crisis te komen, en bieden daarom veel perspectief om de samenleving weer op een voorzichtige en gecontroleerde wijze open te kunnen stellen.

Daarbij is het expliciet niet de bedoeling om te komen tot een (indirecte) vaccinatieplicht. Zoals eerder in deze brief aangegeven, moet vaccineren wat het kabinet betreft altijd een vrije keus blijven, zodat geen drang of dwang ontstaat. Een vaccinatiebewijs kan dus nooit als enige een voorwaarde zijn. Dit raakt aan de grondrechten van burgers en is een belangrijk uitgangspunt.

Bij de afwegingen over de vraag of een vaccinatiebewijs nu gerechtvaardigd ingezet kan worden, is sprake van drie (samenhangende) dilemma's:

- Het (medische) dilemma dat enerzijds reflectie op het advies van de Gezondheidsraad met betrekking tot de vraag in hoeverre transmissie van het virus wordt beperkt na vaccineren, leidt tot (voorlopige) terughoudendheid, maar anderzijds de maatschappelijke en sociaaleconomische discussie rondom het heropenen van de maatschappij vraagt om voortvarendheid;
- Het (ethische) dilemma dat vaccinatiebewijzen niet tot ongerechtvaardigde uitsluiting mogen leiden. Waarbij de Gezondheidsraad argumenteert dat in deze fase lang nog niet iedereen zich heeft kunnen laten vaccineren en er bovendien mensen zullen zijn die zich ook niet willen of niet kunnen laten vaccineren, en dat vaccinatiebewijzen afhankelijk van de wijze waarop deze worden ingezet, tot uitsluiting van groepen (nog) niet-gevaccineerden kunnen leiden. De Gezondheidsraad geeft daarbij aan dat om absolute uitsluiting te voorkomen, alternatieven van belang zijn, zoals een recente negatieve testuitslag of vervangende inspanningen en
- Het uit beide bovenstaande dilemma's voortvloeiende dilemma dat ondanks nationale terughoudendheid het toch belangrijk is mee te gaan met de internationale ontwikkelingen om Nederlandse burgers niet een vaccinatiebewijs te onthouden dat zij nodig kunnen (gaan) hebben om te reizen.

Ondanks deze dilemma's wil het kabinet niet onnodig afwachten. Zeker ook gezien de internationale discussies en het voorstel dat de Europese Commissie op 1 maart jl. bekend maakte om in maart te komen met een voorstel voor een internationaal inzetbaar vaccinatiepaspoort (green pass). De Europese Commissie lijkt niet enkel een vaccinatiebewijs in te willen zetten, maar een bewijs waarmee niet-besmettelijk zijn wordt aangetoond. Dit kan naast vaccinatiebewijzen, mogelijk ook een testbewijs of immuniteitsverklaring zijn. Hierover is Nederland in gesprek met de Commissie. De appreciatie van dat Commissievoorstel zal na publicatie met uw Kamer worden gedeeld.

Het kabinet stelt voor om te bezien op welke manier vaccinatiebewijzen kunnen worden ingezet als één van de instrumenten om de samenleving te heropenen, zonder daarbij een (in)directe vaccinatieplicht te creëren en zonder daarbij ongewenste effecten op de vaccinatiebereidheid te riskeren. Dit gebeurt eerst door technische voorbereidingen te starten om een vaccinatiebewijs te ontwikkelen (naast een testbewijs of immuniteitsverklaring), dat geschikt is voor internationaal reisverkeer, zodra dat bij de grens wordt gevraagd. De eerste stappen voor deze technische voorbereidingen (inclusief borging van privacy) zijn al gezet. Zodra duidelijk is dat vaccinatie significant bijdraagt aan reductie van virustransmissie, en de omvang van de groep mensen die is gevaccineerd aanzienlijk is, kan het instrument vaccinatiebewijs ook binnen Nederland mogelijk gebruikt worden als alternatief voor een recente negatieve testuitslag of voor de quarantaineverplichting. Deze uitwisselbaarheid is van belang zodat ook de grondrechten van mensen die vanuit levensovertuiging, geloof, medische of andere redenen geen, of nog geen, vaccinnatie willen of kunnen nemen, worden gerespecteerd. Met deze uitwisselbaarheid wil het kabinet borgen dat er nooit sprake zal zijn van een (indirecte) vaccinatieplicht.

Het vergt een wettelijke basis om deze uitwisselbaarheid te realiseren en die wil ik gaan voorbereiden. Voordat duidelijk is dat vaccinatie van invloed is op reductie van de virustransmissie en de groep gevaccineerden groot wordt, wordt ervan uitgegaan dat wanneer private partijen of overheid binnen Nederland een vaccinatiebewijs zouden vragen voor de toegang tot een bepaalde voorziening, dit op dit moment over het algemeen geen gerechtvaardigde inzet betreft. Ook niet als het een alternatief voor testuitslag betreft. Ik wil bezien op welke manier duidelijkheid geboden kan worden aan private partijen in welke situaties het gerechtvaardigd is een vaccinatiebewijs te vragen. Te denken valt hierbij onder meer aan wetgeving, zelfregulering of andere vormen van bescherming. Daarnaast

valt te overwegen formele vereisten te stellen aan door private partijen te hanteren vaccinatiebewijzen. Dit aspect komt in een later fase terug.

Bovenstaand standpunt zal het kabinet ook uitdragen in de discussie op EU-niveau. Gezien de hierboven gesignaleerde dilemma's en de medische, juridische en ethische aspecten zal het kabinet zich ook op Europees niveau inzetten voor een zorgvuldige behandeling. Bij deze ontwikkeling moet onder meer aandacht zijn voor EU-interoperabiliteit en voldoende privacy- en veiligheidswaarborgen. Het is daarom zaak om nu al in te stemmen met de ontwikkeling van het instrument. Het besluit over het doel en de toepassing van dit instrument kan op een later moment worden genomen. Op deze wijze kunnen inzichten over het effect van vaccineren op transmissie van het virus en de ontwikkeling van de epidemiologische situatie in de EU zoveel mogelijk worden meegenomen in de besluitvorming.

Verder zal het kabinet zich inzetten voor een instrument dat niet discrimineert. Mensen die zich (nog) niet willen of kunnen laten vaccineren moeten niet beperkt worden in hun bewegingsvrijheid binnen de EU. Voor deze groep moeten gelijkwaardige alternatieven beschikbaar komen zoals een negatief testbewijs of mogelijk gezondheidsbewijs.

ix. <u>Uitwerking</u>

De voorbereiding en ontwikkeling van een internationaal te gebruiken vaccinatiebewijs vergt een technische uitwerking (welke data worden gebruikt, de vorm, fraudebestendigheid, juridisch kader en met name ook op welke manier aangesloten wordt bij internationale afspraken). In het onderstaande ga ik hier kort op in.

Een bewijs van vaccinatie dat burgers kunnen tonen in het internationaal reisverkeer zal moeten voldoen aan Europese en internationale standaarden (interoperabiliteit) en zal zowel op papier als digitaal beschikbaar moeten komen. Er zijn verschillende initiatieven die in ontwikkeling zijn binnen de Rijksoverheid waarop mogelijk voortgebouwd kan worden (testapp, MijnOverheid, Berichtenbox app) en daarnaast zijn initiatieven van commerciële partijen (zoals Nederlandse privaat-publieke partijen en het gele boekje) en internationale initiatieven. Ik breng de mogelijkheden daarvoor op dit moment in beeld.

Om hierin een keuze te kunnen maken is het van belang scherp te hebben waaraan de oplossingen zullen moeten voldoen. Te denken valt naast de al genoemde interoperabiliteit aan dataminimalisatie in verband met privacy, gebruikersgemak

en fraudebestendigheid. Punt van uitwerking is ook vanuit welke bron de gegevens voor het vaccinatiebewijs geleverd worden. Vaccinaties worden geregistreerd aan de bron, bij de zorgverlener die de vaccinatie toedient (GGD'en, huisartsen, zorginstellingen). Deze gegevens worden na toestemming van de gevaccineerde door de zorgverlener doorgegeven aan het centraal vaccinatieregister van RIVM (CIMS). De vraag rijst of en zo ja hoe gebruik gemaakt zou kunnen worden van het centraal vaccinatieregister. Er moet worden gekeken naar bijvoorbeeld de juridische grondslag, en naar vraagstukken zoals het feit dat niet iedereen toestemming heeft gegeven, of zal willen geven, om zijn/haar vaccinatiegegevens hierin op te nemen, als gevolg waarvan niet van iedereen vaccinatiegegevens in CIMS zullen zijn opgenomen.

In de verdere uitwerking worden expliciet privacy vraagstukken en andere juridische aspecten meegenomen, alsmede uitvoeringsaspecten, zoals welke partij het bewijs uit gaat geven en hoe en door wie controle plaatsvindt.

Mijn streven is er op gericht om – na positieve bespreking met uw Kamer – voor het aanbreken van de zomervakanties in afstemming met de Europese initiatieven en aangekondigde wetgeving een internationale toepassing gereed te hebben en u uiterlijk in mei hierover berichten. Tevens zal het kabinet de appreciatie van het verwachte commissievoorstel voor de 'groene pas' uw Kamer doen toekomen.

Ten aanzien van mogelijke digitale oplossingen zal ik hierbij ook de adviezen meenemen van de Begeleidingscommissie Digitale Ondersteuning Bestrijding Covid-19 van 9 feb jl. (Advies 17 Toelatingskader voor apps met vaccinatie- en/of testbewijzen).

x. Signalen uit het veld

In de aanloop naar een kabinetsstandpunt over een mogelijke inzet van (inter)nationale van vaccinatiebewijzen, is gesproken met verschillende koepels en partijen uit het veld over hun standpunten ten opzichte van een dergelijk bewijs. De reacties vanuit het veld zijn overwegend positief, maar wel met enkele belangrijke aandachtspunten.

Vanuit verschillende partijen en koepels uit bedrijfsleven en de zorg komt het signaal dat er begrip is voor de voorbereidende werkzaamheden zodat Nederlandse burgers gefaciliteerd kunnen worden in het internationale reizen. De partijen en koepels erkennen ook dat de inzet van een vaccinatiebewijs zorgvuldige afweging vraagt, waarbij rekening gehouden dient te worden met het feit dat er nog geen duidelijkheid is over de bijdrage van vaccineren aan het tegengaan van transmissie.

Ook speelt een rol dat nog niet iedereen de gelegenheid heeft gekregen om gevaccineerd te kunnen worden. Tot slot is aandacht gevraagd voor de wijze van handhaven en controle en het belang van goede aansluiting bij Europese en andere internationale ontwikkelingen.

8. Testen

Ontwikkeling testbewijs voor toegang tot het sociale leven
In de brief van 23 februari jl. informeerde ik uw Kamer over de inzet van het kabinet om een testbewijs uit te werken. Voor het openen en continueren van de samenleving werken de ministeries van VWS, EZK en OCW met VNO-NCW gezamenlijk aan het mogelijk maken van testen voor toegang tot het sociale leven. Om dit mogelijk te maken wordt een wetsvoorstel voorbereid voor een testbewijs en digitale ondersteuning via een app. Het wetsvoorstel sluit ook aan bij het recent uitgekomen SER-advies over het veilig (her)openen van de samenleving en bij het advies van de Gezondheidsraad.

Het kabinet is van mening dat de inzet van het verplichte testbewijs een aanvullende maatregel kan zijn om de samenleving op verantwoorde wijze, stap voor stap, te kunnen openen in de periode dat de vaccinatiegraad nog niet hoog genoeg is. Met een testbewijs kunnen burgers ze tijdelijk toegang krijgen tot bijvoorbeeld evenementen en activiteiten in economie, cultuur en sport. Het advies van de Gezondheidsraad en het daarin opgenomen afwegingskader zijn hierbij vanzelfsprekend belangrijke uitgangspunten. Hierover heb ik uw Kamer in mijn brieven van 2 februari en 23 februari jl. geïnformeerd. Het wetsvoorstel testbewijs wordt deze week ter consultatie voorgelegd.

Het kabinet werkt ondertussen aan de opbouw van de testcapaciteit om toegangstesten mogelijk te maken. Begin februari is begonnen met het opzetten van de eerste dertig testlocaties waar de coronatesten kunnen worden afgenomen en testbewijzen, wanneer dit wettelijke en praktisch mogelijk is, worden gegenereerd. Het voornemen is om in maart zeventig locaties te bouwen om de locaties begin april operationeel te hebben. De bouw en operationalisering van deze locaties gebeurt in nauwe samenwerking met Stichting Open Nederland, Project Amsterdam en met de ministeries van EZK en OCW. Het streefdoel rondom de opbouw van testcapaciteit gaat van 25.000 testen per dag per 1 maart naar 400.000 testen per dag in mei.

Route naar begeleide zelfafname en zelftesten
Naast het risicogericht testen, dat primair tot doel heeft om het virus op te sporen en te bestrijden, maakt het kabinet ook meer preventief en frequent testen met

antigeensneltesten van mensen zonder klachten mogelijk. Voor bijvoorbeeld werkgevers en bij onderwijsinstellingen is dit effectief om goed zicht op het virus te houden. Echter: de huidige richtlijnen voor deze testafname zijn op sommige punten erg moeilijk uitvoerbaar voor onderwijsinstellingen en individuele werkgevers en als zij “on the site” willen gaan testen. Soms gaat het om juridische problemen, soms om administratieve last. Zo moet op dit moment de afname van de test en de uitvoering van de test op de testlocatie onder medische eindverantwoordelijkheid van een (bedrijfs)arts met een BIG-registratie te gebeuren en zijn er ingewikkelde regels voor afvalverwijdering. Daarnaast wordt deelnamebereidheid belemmerd door regels rondom gegevensuitwisseling, toestemmingsvereisten en identificatieplicht bij minderjarigen. Onder voorzitterschap van de voorzitter van het LCT zal een deskundigenpanel met wetenschappers, mensen uit het onderwijsveld en bedrijfsleven, RIVM, GGD, IGJ en juristen in maart over oplossingen adviseren. Het kabinet wil toe naar testen in de vorm van begeleide zelfafname:

- op een manier die voor hen in de praktische uitvoering doenlijk is
- die nog steeds veilig is (zowel op het gebied van medische inhoud, als privacy-vereisten),
- die past bij de doelgroep, die een geringer risico op besmettelijkheid en op verspreiding van het virus kent.

Een verdere stap is vervolgens zelftesten. Deze manieren van testen, begeleid of zelf, zijn goed te gebruiken voor risicogericht testen op scholen (spoor 1c) of preventief testen voor veiliger werken en studeren (spoor 2b/c) door besmettingen sneller te identificeren, vroegtijdig te kunnen starten met het traceren van besmette personen en daarmee uitbraaksituaties te voorkomen. Maar ook voor mensen die een extra zekerheid willen hebben of ze besmet zijn, bijvoorbeeld voorafgaand aan bezoek van mensen met een kwetsbare gezondheid.

Hoewel antigeen(snel)testen een beperktere gevoeligheid hebben en altijd een momentopname betekenen, kunnen deze bij herhaald testen in een bepaalde doelgroep of setting meerwaarde hebben, doordat meer positieve gevallen worden opgespoord dan wanneer helemaal niet wordt getest. Uit de studie van Kluijtmans (zie OMT-advies 100) blijkt dat antigeentesten goed gebruikt kunnen worden als zelftest. Positieve uitslagen zijn zeer betrouwbaar (hoge specificiteit) en negatieve uitslagen zijn voor 70-80% betrouwbaar (sensitiviteit). Door de lagere gevoeligheid is de zelfafnametest niet te gebruiken voor mensen met klachten, of als test na 5 dagen om quarantaine te verkorten. Deze testen moeten blijvend in de GGD-teststraten gebeuren.

Ten aanzien van de zelftesten: op dit moment zijn er nog geen antigeen(snel)testen die CE-gemarkeerd voor het gebruik als zelftest. Om dit te bewerkstellingen kunnen fabrikanten vanaf 4 maart jl. een aanvraag indienen voor een tijdelijke ontheffing om onder voorwaarden versneld hun producten op de Nederlandse markt te brengen. De criteria voor ontheffing zijn aan fabrikanten bekend gemaakt (procedure-ontheffing-antigeen-sneltest-als-zelftest.pdf). Ontheffingsaanvragen van fabrikanten kunnen in een week door het ministerie van VWS behandeld worden. Dienst Testen zal een voorraad inkopen voor testen in het onderwijs en enkele publieke werkgevers. Verkoop aan particulieren kan verlopen via bijvoorbeeld apotheken of drogisterijen.

9. Quarantaine

In mijn brief van 2 februari jl. [27] informeerde ik uw Kamer over de invoering van een quarantaineplicht voor inreizigers uit hoog risicogebieden. In mijn brief van 23 februari jl.[28] heb ik de intentie uitgesproken dit wetsvoorstel in maart 2021 aan de TK te sturen.

Een quarantaineplicht is nodig voor de beperking van het risico op verspreiding van coronabesmettingen door inkomende reizigers uit aangewezen hoogrisicogebieden. Vanwege de komst van nieuwe, snel verspreidende virusmutaties, en het risico dat reizen met zich mee brengt op de verspreiding van mutaties, is een wettelijk verplichte quarantaine voor inreizigers uit hoog risicogebieden noodzakelijk. Verder is er een beperkte opvolging van het huidige quarantaine-advies door inreizigers. Met het invoeren van de quarantaineplicht worden de maatregelen in Nederland meer in overeenstemming gebracht met de Europese Raadsaanbevelingen waarin lidstaten worden opgeroepen een quarantaineperiode te laten gelden voor reizigers uit hoog risicogebieden. Nederland heeft zich eerder aan deze Raadsaanbevelingen[29] gecommitteerd. De quarantaineplicht voor reizigers ziet er als volgt uit;

- De quarantaineplicht geldt voor alle reizigers uit aangewezen hoogrisicogebieden, ongeacht de vervoersmodaliteit waarmee zij reizen.
- De quarantaineplicht geldt voor 10 dagen, maar kan eerder beëindigd worden na een negatieve testuitslag op dag 5.

---

[27] Kamerstuk 25 295, nr. 912
[28] Kamerstuk 25 295, nr. 995
[29] Raadsaanbeveling 2020/912 over de tijdelijke beperking van niet-essentiële reizen naar de EU en de mogelijke opheffing van die beperking en Raadsaanbeveling 2020/1475 betreffende een gecoördineerde aanpak van de beperking van het vrije verkeer in reactie op de COVID-19-pandemie.

- De reiziger uit aangewezen hoogrisicogebieden moet beschikken over een negatieve testuitslag ongeacht de vervoersmodaliteit waarmee de reiziger Nederland inreist. De reiziger wordt steekproefgewijs en risicogericht gecontroleerd op het in bezit hebben van een quarantaineverklaring waarin hij verklaart in quarantaine te zullen gaan, onder vermelding van onder meer zijn reis- en contactgegevens.
- De reiziger ontvangt informatie over de regels in Nederland, ondersteuningsmogelijkheden tijdens de quarantaine en de mogelijkheid om de quarantaine te verlaten, als hij vanaf dag vijf negatief is getest.
- De wijze van toezicht en handhaving op het bezit van de quarantaineverklaring en het navolgen van de quarantaineplicht wordt op dit moment uitgewerkt en afgestemd met de hiertoe aan te wijzen instanties.
- De reiziger dient zelf te zorgen voor een geschikte accommodatie gedurende de verplichte quarantaineperiode.
- Communicatiecampagnes worden ingezet om reizigers voor vertrek, bij aankomst en tijdens het verblijf in Nederland te informeren over de regels met betrekking tot testen en quarantaine.

Over het wetsvoorstel wordt een internetconsultatie gestart vanaf maandag 8 maart tot en met vrijdag 12 maart.

Eerder heb ik aangegeven dat ik ook de mogelijkheid zou onderzoeken van een quarantaineplicht voor positief getesten. Na deze verkenning zie ik van de voorbereiding van een wettelijke plicht af. Het risico dat deze quarantaineplicht zou leiden tot een afname van de testbereidheid vind ik zwaarwegend. Verder is de naleving van het dringende quarantaine-advies door positief getesten substantieel. Ik blijf wel inzetten op communicatie en ondersteuning van quarantaine om de naleving te maximaliseren.

Tijdens de internetconsultatie van het wetsvoorstel voor reizigers vraag ik diverse instanties om advies, zoals de Autoriteit Persoonsgegevens, het College voor de Rechten van de Mens en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten. Daarna kijken we waar het nodig is om het voorstel aan te passen en wordt het wetsvoorstel naar de Raad van State gestuurd voor advies.
Na het verwerken van dat advies kan het wetsvoorstel eind maart naar de Tweede Kamer worden gezonden. De inwerkingtreding is afhankelijk van het tempo van de behandeling van het voorstel in de Tweede Kamer en in de Eerste Kamer.

10. Eerste indrukken COVID-19 patiënten met langdurige klachten

In het debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus van 24 februari jl. heb ik uw Kamer toegezegd om terug te komen op de vraag over de karakteristieken van patiënten met post infectieuze symptomen. Deze week brengt de stichting C-

support zijn rapport ‘Eerste indrukken COVID-19-patiënten met langdurige klachten’ naar buiten, dat ik als bijlage bij deze brief heb toegevoegd[30].

Toen duidelijk werd dat ook bij COVID-19 patiënten langdurige klachten konden ontwikkelen, hebben we Q-support (de stichting voor mensen met langdurige klachten na Q-koorts) de opdracht gegeven om volgens hetzelfde, beproefde model, C-support, in te richten. Per 1 oktober 2020 is C-support gestart met haar werkzaamheden voor patiënten die langer dan drie maanden klachten houden. C-support constateert dat er een grote behoefte is aan advies en begeleiding en dat zij daarmee in een behoefte voorzien. In dit eerste dossier willen zij vooral signaleren wat zij zien en aangeven waar de aandacht van C-support, waar nodig in samenwerking met netwerkpartners, de komende tijd naar uit gaat.

Het rapport is, zoals C-support stelt, een eerste indruk. De aanmeldingen – het gaat daarbij grotendeels om patiënten uit de eerste golf – zijn veelal hoog opgeleide, digitaal vaardige, autochtone vrouwen tussen de 20 en 60 jaar. C-support gaat extra inspanningen leveren om bereik te realiseren bij andere doelgroepen. De patiënten die zich bij C-support melden hebben medische, psychosociale en werk en inkomen gerelateerde vragen. C-support kan de patiënten die zich bij hen melden individueel helpen met een luisterend oor of ondersteuning via een kort advies of een wat langer traject. Daarnaast signaleren zij zaken die beter georganiseerd zouden kunnen worden. Die pakken zij zelf op met de betrokken partijen, zoals ZonmW, ZIN en zorgverzekeraar. Ik heb hen gevraagd te signaleren of ook vanuit het ministerie van VWS of anderen actie nodig is.

11. **Catshuisstukken**

In mijn de brief van 8 december jl.[31] heeft het kabinet aangegeven de presentaties die voorliggen in de informele overleggen over de coronacrisis in het Catshuis openbaar te maken. De stukken worden op de website[32] van Rijksoverheid gedeeld voor zover daar geen zwaarwegende belangen[33] in de weg staan. Hier zijn vanaf heden ook de stukken die besproken zijn in het Catshuis dd. 6 maart 2021 raadpleegbaar.

---

[30] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl
[31] Kamerstuk 25 295, nr. 771.
[32] https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-tijdlijn/uitgelicht-catshuisstukken/openbaarmaking-catshuisstukken
[33] Hierbij is onder meer te denken aan derden belang, het belang van de staat, de persoonlijke levenssfeer en de internationale betrekkingen.

12. **Slot**

We zijn er nog niet. Er zijn verscheidene lichtpuntjes te ontwaren, tegelijkertijd moeten we de komende weken afwachten hoe het epidemiologisch beeld zich ontwikkelt. En hoewel de ene dag makkelijker is dan de andere, is het van belang samen door te zetten en de maatregelen, ook richting de zomerperiode, na te blijven leven. Hoe beter we dit doen, hoe sneller we straks meer kunnen.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H.M. de Jonge

Ontvangen ter Griffie op 8 maart 2021.

De vastgestelde ministeriële regeling kan niet eerder inwerking treden dan op 16 maart 2021.

De vastgestelde ministeriële regeling vervalt van rechtswege indien de Kamer, op voorstel van vijftig leden uiterlijk 15 maart 2021 te kennen geeft niet in te stemmen met de regeling.